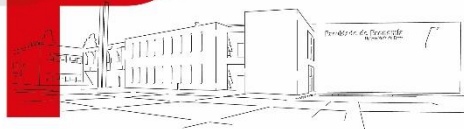
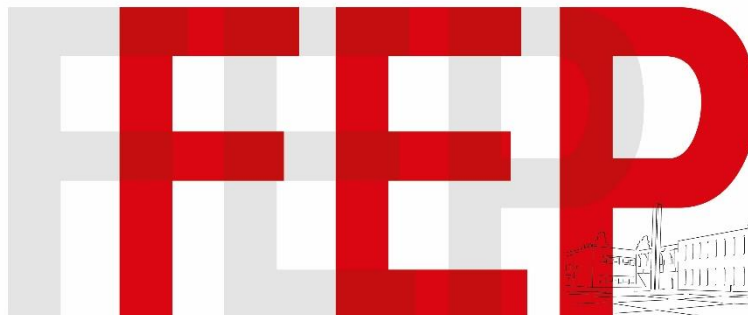


U.PORTO



ECONOMIA E GESTÃO

A experiência em serviços aplicada ao sector da saúde

Por:

Isabel de Fátima Falcão Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços

Orientada por:

Prof. Doutora Teresa Maria Rocha Fernandes Silva

2017

Nota biográfica

Isabel de Fátima Falcão Gonçalves é natural de Amarante e nasceu em outubro de 1992.

Em 2010 ingressou no ensino superior na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, tendo concluído o curso de Sociologia em 2013.

Com vista a expandir os seus horizontes profissionais, em 2015 ingressou no Mestrado de Gestão de Serviços na Faculdade de Economia da Universidade do Porto, tendo concluído a sua parte curricular com uma média de 15 valores.

Paralelamente trabalha na área da contabilidade numa empresa do setor automóvel.

Agradecimentos

A concretização da presente dissertação de mestrado contou com a contribuição de inúmeras pessoas às quais devo um agradecimento.

À minha mãe, avó e irmãs pela força, ajuda e compreensão demonstradas. A todos os familiares, amigos e colegas de trabalho que contribuíram para a minha formação e crescimento pessoal e profissional.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional.

À Professora Doutora Teresa Fernandes, o meu agradecimento especial pela sua disponibilidade, orientação, compreensão, e partilha de saber e opiniões.

Um agradecimento muito especial ao Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), nas pessoas da Doutora Elisabete Castela, Administradora do CMIN - Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto (CHP), EPE; Doutor Rui Pedroso, Vogal do Conselho de Administração, Centro Hospitalar do Porto (CHP), EPE; Doutora Luísa Lobato, Diretora do DEFI - Departamento de Ensino, Formação e Investigação, Centro Hospitalar do Porto (CHP), EPE.

Às enfermeiras chefe e responsáveis de turno das unidades de ginecologia e obstetrícia por todo o apoio e condições proporcionadas.

E ainda um agradecimento a todas as inquiridas pela sua cooperação.

Um sincero obrigada a todos!

Resumo

Um grande número de estudos tendo por base as experiências de consumo, tem-se dedicado aos serviços de carácter experiencial, que proporcionam experiências tidas como extraordinárias e memoráveis, deixando de parte os serviços com uma vertente funcional. Desta forma, o presente estudo pretende explorar o conceito de experiência, associado a um serviço de carácter utilitário, como é o caso dos serviços de saúde. Concretamente, procura identificar as dimensões da qualidade da experiência em saúde do ponto de vista do paciente; quais os traços psicológicos e valores das pacientes que têm impacto nessa avaliação; assim como os resultados da avaliação da qualidade da experiência em termos de lealdade e recomendação da unidade de saúde.

Em termos práticos, o estudo foi desenvolvido em colaboração com o do DEFI - Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CMIN-Centro Materno Infantil do Norte, através da administração presencial de inquéritos junto de pacientes em regime de internamento nas unidades de ginecologia e obstetrícia, tendo-se obtido 113 respostas.

Os resultados mostram que as dimensões mais relevantes da qualidade de experiência em contexto de saúde são o espaço físico e a interação com os profissionais de saúde; validou-se ainda a relação entre a avaliação da qualidade global da experiência e a satisfação com a organização de saúde, assim como a relação positiva entre a satisfação com a organização de saúde e as atitudes de lealdade e recomendação dessa mesma organização. A nível dos traços de personalidade verificou-se que o facto de uma paciente ser mais ou menos afável, não tem impacto na avaliação das dimensões da qualidade da experiência em estudo, por outro lado, a extroversão tem impacto na forma como as pacientes avaliam as dimensões do espaço físico e interação com os profissionais de saúde.

Com este estudo pretende-se contribuir para a literatura com um modelo de medição da qualidade da experiência em serviços, nomeadamente num setor de carácter utilitário como é o caso da saúde, assim como contribuir para que os órgãos de gestão das unidades de saúde desenvolvam estratégias mais adequadas de forma a que a experiência hospitalar seja cada vez mais positiva.

Palavras-chave: Serviço de Saúde; Qualidade da Experiência do Paciente; Satisfação; Lealdade; Passa-a-Palavra; Personalidade do Paciente.

Abstract

Many studies based on consumer experiences have been dedicated to experiential services that provide extraordinary and memorable experiences, leaving aside services with a functional aspect. In this way, the present study intends to explore the concept of experience associated to a service of a utilitarian nature as the case of health services. Specifically, it intends to identify the dimensions of the quality of the health experience from the patient's point of view; what are the psychological traces and values of the patients that have an impact on this evaluation; as well as the results of the evaluation of the quality of the experience in terms of loyalty and recommendation of the health unit. In practical terms, the study was developed in collaboration with the Department of Education, Training and Research of the Maternal Child Centre of the North, through of inquiries realized near to patients in the inpatient care in the gynaecology and obstetrics units and 113 answers were obtained.

The results show that the most relevant dimensions of the quality of experience in a health context are the physical space and the interaction with health providers. It was also validated the relationship between the evaluation of the global quality of the experience and the satisfaction with the health organization, as well as the positive relationship between the satisfaction with the health organization and the loyalty and recommendation attitudes of the same organization. In terms of personality traits, it has been found that the fact that a patient is affable has no impact on the evaluation of the quality dimensions of the experience under study, on the other hand, the extroversion has an impact on the way patients assess the dimensions of physical space and interaction with health providers.

The study intends to contribute to the literature as a model for quality measure of the service experience, namely in a sector of a utilitarian nature such as health, as well as to contribute with the purpose of management bodies of the health unit developing strategies more appropriate so that hospital experience is increasingly positive.

Keywords: Health Service; Quality of Patient Experience; Satisfaction; Loyalty; Word-of-mouth; Patient Personality.

Índice

Índice de Figuras	8
Índice de Tabelas.....	9
Índice de Gráficos.....	10
1.Introdução	11
2.Revisão da literatura	13
2.1 Experiência de serviços	13
2.2 Experiência de Serviços em Saúde	18
2.3 Medição e Condicionantes da Qualidade da Experiência em Serviços de Saúde	20
2.3.1 A Qualidade da Experiência em Saúde e seu impacto na Satisfação e Lealdade.....	22
2.3.2 A Medição da Qualidade da Experiência em Saúde.....	25
2.3.2.1 Modelo de Satisfação do Paciente de Aidu Naidu	25
2.3.2.2 Dimensões de Qualidade de Dagger	27
2.3.2.3 Dimensões da Qualidade do Serviço e Satisfação nos Cuidados de Saúde	28
2.3.2.4 Modelo do impacto das Dimensões da Qualidade na Satisfação de Duggirala	30
3.1 Estudo empírico	31
3.1 Objeto de estudo.....	31
3.2 Metodologia de Investigação	36
3.2.1 Tipo de Investigação.....	36
3.2.2 Amostra	37
3.2.3 Estrutura do Questionário.....	38
3.3. Análise de resultados	42
3.3.1 Caraterização da Amostra	43
3.3.2 Análise descritiva.....	44
3.3.3 Análise Fatorial.....	48
3.3.4 Análise das Hipóteses: H1 a H3 – Modelo Estrutural.....	52
3.3.5 Hipótese 4 – Análise Multigrupo.....	54
3.4. Discussão dos Resultados.....	56
4. Conclusões.....	62
4.1 Contribuições e Implicações para a Gestão	63

4.2 Limitações e Questões de Investigação Futura	64
Referências Bibliográficas	66
Anexos	72
Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado	72
Anexo 2 – Autorização para o Estudo	74
Anexo 3– Inquérito por Questionário	75
Anexo 4- Análise de Dados – Média e Desvio-padrão	78
Anexo 5 – Análise de Dados – Peso Fatorial	79
Anexo 6 – Análise de Dados- T-Value.....	80
Anexo 7 – Análise de Dados – Alfa de Cronbach.....	80
Anexo 8 - Resultados da Estimação via Bootstrapping – Output SmartPLS.....	81
Anexo 9 – Análise Multigrupo – Afabilidade e Extroversão	82

Índice de Figuras

Figura 1- Progressão do valor económico.....	14
Figura 2- Modelo Teórico de Aidu Naidu.....	26
Figura 3-Dimensões e subdimensões de Dagger	28
Figura 4- Modelo de Raposo.....	29
Figura 5- Modelo teórico	32
Figura 6- Análise de H1-H3: Resultados da estimação do modelo.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1-Dimensões da satisfação do paciente.....	25
Tabela 2- Estrutura do questionário	41
Tabela 3 - Caraterização das variáveis em estudo	47
Tabela 4- Análise fatorial	51
Tabela 5- Análise de H1-H3: Resultados da estimação via Bootstrapping	53
Tabela 6- N° Observações por grupo.....	54
Tabela 7- Análise Multigrupo da Afabilidade	55
Tabela 8-Análise Multigrupo da Extroversão.....	55
Tabela 9- Resultados das Hipóteses em Estudo.....	57

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição por idade.....	43
Gráfico 2- Distribuição por habilitações literárias	44

1.Introdução

O estudo do comportamento do consumidor tem evoluído de uma ênfase inicial que caracterizava a escolha como racional, para uma perspectiva em que a escolha da compra é aparentemente irracional (Holbrook & Hirschman, 1982). Holbrook e Hirschman (1982) no seu artigo pioneiro sobre a experiência de serviço caracterizam o conceito como sendo “um estado de consciência subjetiva com uma variedade de significados simbólicos, respostas hedônicas e critérios estéticos” (p.132). Portanto, a experiência em serviços é um conceito que tem vindo amplamente a ser estudado. De facto, as experiências de consumo são cada vez mais importantes para os consumidores, que cada vez mais procuram experiências que transmitam emoções para além da mera transação comercial (Arndt, 1967). Deste modo, para obterem sucesso, as organizações usam a experiência para vender melhor o seu produto ou serviço, residindo aqui, a fonte de vantagem competitiva (Pine & Gilmore, 1998).

Um grande número de estudos tendo por base as experiências de consumo, tem-se debruçado sobre os serviços de carácter experiencial, que são capazes de oferecer experiências “extraordinárias e memoráveis” (Apramey & Helkkula, 2015; Pine & Gilmore, 1998), deixando de parte os serviços com uma vertente mais cognitiva e funcional (Carù & Cova, 2003). Assim sendo, trata-se de uma lacuna que importa preencher, pois, hoje em dia o conceito de experiência é visto como holístico e omnipresente em todos os produtos e serviços (Apramey & Helkkula, 2015). Desta forma, o presente estudo pretende explorar o conceito de experiência, associado a um serviço de carácter utilitário, como é o caso dos serviços de saúde. A saúde é uma área especialmente rica, pois, a participação do consumidor, neste caso, na figura de paciente, é crucial, sendo os consumidores coparticipantes (Sapke & Megehee, 2010) Apesar de em saúde os clientes não terem escolhido fazer parte da experiência (McColl-Kennedy et al., 2015), o papel e influência dos pacientes neste tipo de serviços são cada vez mais tidos em conta na avaliação da experiência global (Gallan et al., 2013).

Tendo em conta estas características, o presente estudo, terá como questões de investigação (i) perceber quais as dimensões da qualidade da experiência em saúde do ponto de vista do paciente; (ii) quais os traços psicológicos e valores dos pacientes

que têm impacto na avaliação da qualidade da experiência; e ainda (iii) quais os resultados da avaliação da qualidade da experiência em termos de lealdade e recomendação da organização prestadora de serviço de saúde. Para tal, será usada uma combinação de modelos retirada a partir da literatura.

Em termos práticos, o estudo será desenvolvido junto de pacientes em regime de internamento numa unidade de saúde hospitalar através da distribuição de inquéritos por questionário. A análise das informações recolhidas será feita através da utilização de uma metodologia quantitativa.

Este estudo para além de contribuir para colmatar as lacunas enunciadas anteriormente, contribuirá também para que a gestão hospitalar possa implementar políticas que possibilitem melhorar a vivência da experiência na sua unidade de saúde.

A presente tese encontra-se dividida em quatro pontos. Numa fase inicial é apresentada a Introdução à dissertação, abordando de uma forma breve a relevância do tema em estudo, assim como os objetivos principais.

Segue-se a questão da revisão da literatura relativamente à experiência em serviços de uma ótica geral, desde a origem do conceito até à atualidade, abordando-se também a questão da experiência em serviços de saúde, especificamente. Ainda neste ponto, é debatida a questão da mensuração da qualidade da experiência, recorrendo-se para tal a estudos científicos, assim como, são abordados os conceitos de lealdade e *word-of-mouth*, integrantes do modelo teórico e fundamentais quando se aborda a questão da avaliação de serviços e consequências dessa mesma avaliação.

O terceiro ponto dá conta do estudo empírico onde se expõe as questões e contexto de investigação e onde se dá a conhecer o modelo teórico da presente dissertação assim como a metodologia de investigação, nomeadamente o tipo de investigação; a amostra e a construção do inquérito. Ainda neste ponto, são apresentados e discutidos os resultados, em que inicialmente se caracteriza a amostra obtida através da administração dos inquéritos e são analisadas as variáveis em estudo através da análise descritiva e fatorial. O capítulo 4 está reservado para as conclusões e contribuições para a gestão, assim como para as limitações do estudo e questões de investigação para futuras pesquisas.

2.Revisão da literatura

As organizações tinham o seu foco no aspeto físico do produto, o que a longo prazo levou à perda de clientes. As organizações conseguiram perceber que o *marketing* tradicional associado aos produtos não era uma arma suficientemente forte, pelo que de modo a manterem-se competitivas, viraram o seu foco para o valor da relação entre cliente e empresa (Maklan & Klaus, 2011). Desta forma, a oferta estendeu-se não só a bens/produtos, mas a serviços de modo a irem ao encontro das exigências dos clientes (Baines et al., 2007).

Atualmente, as empresas procuram a satisfação do seu cliente recorrendo, para tal, à vivência de experiências pessoais memoráveis. Esta abordagem, permite às empresas alcançar vantagem competitiva (Pine & Gilmore, 1998), pois vendem um serviço aliado a uma experiência que será diferenciada de cliente para cliente. Para tal, é necessário o conhecimento de conceitos, desde logo, o conceito de experiência de serviços, mas também de cocriação de valor, lealdade do cliente, passa-a-palavra e qualidade de serviços.

2.1 Experiência de serviços

Na experiência de serviços, reside o processo de cocriação, em que a interação e participação do cliente, permite criar valor para a empresa e para o próprio consumidor. Assim sendo, a empresa consegue adquirir vantagem competitiva e o cliente, consegue ter uma solução customizada (Prahalad & Ramaswamy, 2004), fruto da sua participação, pois a experiência será diferente de pessoa para pessoa (Pine & Gilmore, 1998).

Na Figura 1 verifica-se a evolução desde uma perspetiva em que a diferenciação não era tida em conta, para uma fase em que o foco está no cliente e na entrega de experiências de modo a satisfazer as aspirações dos clientes e conseguir competitividade.

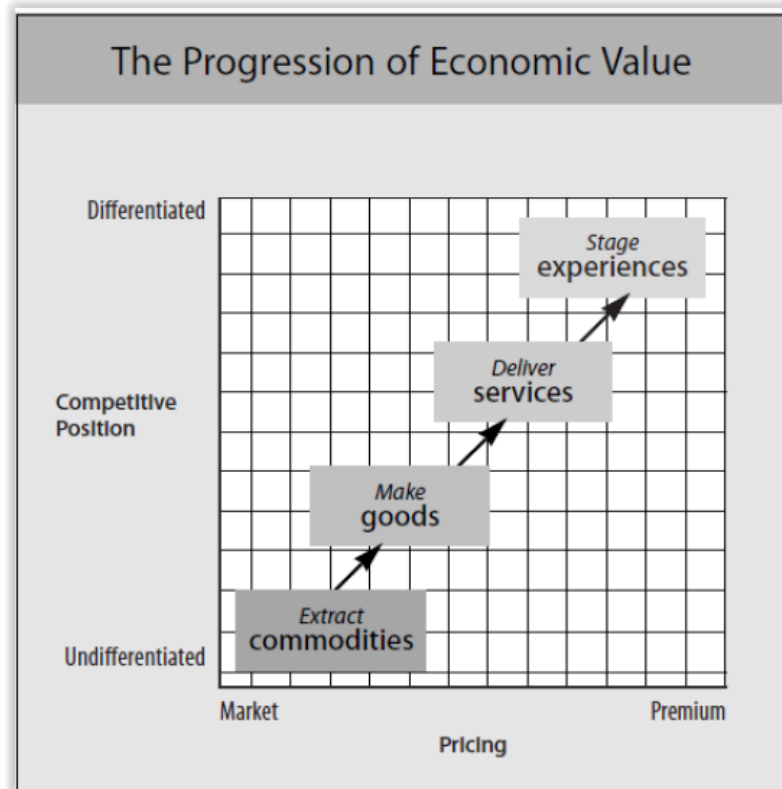


Figura 1- Progressão do valor económico

Fonte: Pine & Gilmore, 1998, p.28

O conceito da experiência de serviço foi desenvolvido, num momento inicial por Holbrook e Hirschman em 1982, que caracterizaram este conceito como um “estado de consciência subjetiva com uma variedade de significados simbólicos, respostas hedônicas e critérios estéticos” (p. 132). Num outro momento, Pine e Gilmore (1998) dão também o seu contributo, fazendo uma analogia com uma peça de teatro, mencionando que a “experiência ocorre quando uma empresa utiliza intencionalmente serviços como o palco e os bens como adereços, para envolver os clientes de forma a criar um evento memorável” (p.98). Assim sendo, a década de 90 centra-se na definição de experiência de serviços como algo que é essencialmente lazer, como cruzeiros (Hosany & Witham, 2010), festivais de música (Manthiou et al., 2014) ou parques temáticos (Slåtten et al., 2009), tendo sido alvo de críticas por se terem concentrado apenas nesse tipo de serviços, em detrimento dos serviços de dimensão cognitiva e funcional (Carù & Cova, 2003). Apesar disto, há autores que continuando a abordagem do conceito da experiência, acrescentam que esta tem um carácter omnipresente capaz de criar valor em qualquer serviço (Apramey & Helkkula, 2015)

Nesta ótica, a economia evoluiu de uma perspetiva em que as compras eram motivadas pela racionalidade (Holbrook & Hirschman, 1982), em que não se verificava

uma estratégia de diferenciação dos consumidores, para uma abordagem cada vez mais voltada para o cliente. Assim, a estratégia de diferenciação foi-se aperfeiçoando de modo a que o consumidor possa satisfazer não só as suas necessidades tidas como mais básicas, mas também as suas aspirações e desejos. Desta forma, as empresas prestadoras de serviços tendem a apostar na sua estratégia competitiva, esforçando-se por entregar uma experiência economicamente diferente, capaz de criar valor (Pine & Gilmore, 1998), em que a ênfase no desempenho do serviço principal e na conceção de toda a experiência para o cliente, devem ter ponderações semelhantes.

Não há nada de errado com as empresas que procuram melhoria contínua na qualidade do serviço e satisfação do cliente. Esses esforços são necessários para que as empresas sejam competitivas no mercado. O problema ocorre quando os níveis de desempenho e as ofertas de serviços se tornam muito semelhantes dentro de uma indústria, de modo a que o preço é a única arma competitiva que permanece. Desta forma, as organizações ao apostar nos pequenos detalhes fazem grandes diferenças. (Bolton et al., 2014)

A criação de uma experiência significativa para o cliente é considerada fundamental para obter vantagem competitiva e clientes satisfeitos (Bolton et al., 2014; Verhoef et al., 2009). A experiência do cliente é cada vez mais reconhecida em situações mundanas e numa variedade de contextos, como em ambientes de negócios e com utilizadores de serviços públicos (Hardyman et al. 2015; Radnor & Johnston, 2013) Portanto, qualquer que seja o serviço, haverá sempre uma experiência para o cliente, que pode ser considerada boa; má; ou indiferente para o cliente. (Carbone & Haeckel, 1994)

Em inícios de 2000, desenvolveram-se investigações que abordam a experiência como sendo um processo e um resultado. Kong (2011) fez a distinção entre serviço e experiência do cliente, em que o serviço é um processo e a experiência é o significado pessoal atribuído ao serviço, é interação e envolvimento com o processo do serviço através de diversos pontos de contacto. A experiência como processo abarca dimensões de serviço como a interação com os colaboradores, instalações e tecnologia (Dube & Helkkula, 2015; Edvardsson et al., 2005). Pode enquadrar-se nesta abordagem os conceitos de *servicescape* e *blueprinting* (Dube & Helkkula, 2015). O ambiente em serviços é um elemento decisivo para se conseguir

experiências benéficas (Bitner, 1992; Edvardsson et al., 2005; C. H. Lovelock & Wirtz, 2007; Pareigis et al., 2012; Reimer & Kuehn, 2005). Os serviços têm, portanto, características próprias que os diferenciam dos bens, isto porque, a sua natureza é intangível e imaterial, a sua produção e consumo são inseparáveis, pois os clientes são participantes ativos no processo de produção e os serviços não podem ser armazenados para uso posterior, desta forma, a percepção com que os consumidores ficarem, será a mensagem que passarão o que é extremamente valioso se o serviço é complexo e difícil de avaliar (Ferguson et al., 2010). O processo de produção em serviços é formado por um pacote que envolve o ambiente, os colaboradores e os clientes. Da interação entre estes, resultará a experiência de serviço. Mediante a percepção com que o consumidor ficar da experiência vivida, pode manter-se leal, recomprar e ainda contribuir positivamente para aquela “força misteriosa” (Arndt, 1967) que é o passa-a-palavra. Por outro lado, podem não voltar a esse serviço e a mensagem que passarão aos seus pares não será positiva, o que influenciará negativamente o serviço.

Tendo em conta a importância de proporcionar uma boa experiência, vários autores se têm debruçado sobre o assunto dos passos a percorrer, de modo a que as empresas prestadoras de serviços sejam capazes de oferecer uma experiência de *marketing*.

Pine e Gilmore (1998), que desde cedo se interessaram por estas questões desenvolveram uma espécie de guia composto por cinco passos necessários para que essa experiência seja positiva e de sucesso, aos quais chamaram: “*Designing Memorable Experiences*”. Como primeiro passo, definiram o “*Theme the experience*”, isto consiste na definição de um tema por parte da empresa, em que todas as características, isto é, toda a envolvente vá de encontro a essa mesma temática. “*Harmonize impressions with positive cues*”, está relacionado com as pistas que o cliente recebe, a existência de algum item personalizado que seja diferenciador, como um parque de estacionamento temático em que o cliente não tem que fixar o número, mas sim algum item decorativo. Quanto a “*Eliminate negative cues*”, aqui reside a importância da eliminação de tudo o que possa ser contraditório de modo a que a coerência permita ao consumidor uma atitude positiva. O “*Mix in memorabilia*” relaciona-se com o *merchandising*, que se relaciona com experiência de qualidade, pois, o cliente apenas terá interesse em lembrar-se de experiências marcantes. O

quinto passo, “*Engage all five senses*”, chama a atenção da importância dos sentidos de modo a que o consumidor esteja totalmente envolvido na experiência.

Desta forma, existem autores que referem que a experiência do consumidor tem três fases, sendo estas: a Pré-experiência; a Experiência do consumidor; e a Pós-experiência (Knutson & Beck, 2004; Tynan & McKechnie, 2009). Tynan e McKechnie (2009) definem a primeira fase como sendo as atividades preliminares de pesquisa, planeamento e idealização que o consumidor realiza no momento de preparação para o consumo. A Experiência do consumidor, relaciona-se com a obtenção de valor por parte do mesmo, valor esse, que pode advir das emoções, informações e aprendizagem que retira da experiência. A Pós-experiência é uma fase associada aos efeitos retirados pelo consumidor de uma experiência positiva, como a diversão, fantasia e nostalgia. Neste momento, é também importante referir o conceito de *pass-a-palavra*, se a experiência for positiva e de sucesso, o consumidor sentirá necessidade de partilhar com outros.

A vivência da experiência em serviços está muito relacionada com a vertente cognitiva e emocional, o que vai ao encontro da perspetiva de Gentile (2007), que afirma que a experiência em serviços é composta por “componentes elementares” (p.398) (Gentile et al., 2007). De acordo com esta perspetiva, os autores incluem na experiência, as componentes sensorial, emocional, cognitiva, pragmática, relacional e estilo de vida. A componente sensorial está relacionada com os estímulos que afetam os sentidos (visão, tato, audição e componente estética dos espaços). A componente emocional abarca o sistema afetivo relacionado com a criação de sentimentos e emoções, o que permite estabelecer uma relação de carácter emocional com a empresa. A componente cognitiva associa-se aos pensamentos e processos mentais. A componente pragmática está relacionada com a vertente da usabilidade do produto. A componente relacional envolve a pessoa e toda a interação subjacente. Finalmente, o estilo de vida está relacionado com as crenças e valores dos consumidores.

Edvardsson (2005), também se centrou no papel das emoções dos clientes em experiências de serviço. Segundo o autor, uma experiência de serviço é definida como o encontro e / ou processo de serviço que cria as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais do cliente que resultam numa marca mental, isto é, uma memória. Algumas das experiências de serviço são especialmente favoráveis e outras particularmente desfavoráveis. No entanto, ambas tendem a permanecer na memória

do cliente. Estas experiências terão um forte impacto sobre as percepções de qualidade dos clientes, assim como sobre a satisfação, que está também naturalmente ligada aos julgamentos cognitivos e às reações afetivas suscitadas no consumo (Edvardsson, 2005). Oliver (1977) corrobora também que o papel das emoções tem vindo a ganhar atenção como um elemento central na gestão da qualidade do serviço.

2.2 Experiência de Serviços em Saúde

Os cuidados de saúde são um dos setores de mais rápido crescimento na economia de serviços (Andaleeb, 2001). Esse crescimento deve-se, em parte, ao envelhecimento da população, ao aumento das pressões competitivas, ao aumento dos tratamentos e tecnologias emergentes. Os serviços de saúde têm a particularidade do cliente do serviço de saúde, mais vulgarmente apelidado de paciente, não entrar no serviço de livre vontade, mas apesar disso, a cocriação existe em doses elevadas, fruto do alto grau de envolvimento necessário, pois os clientes/pacientes são vistos como ativos. (McColl-Kennedy et al., 2012)

A noção de clientes como participantes ativos na coprodução de serviços é fundamental para a lógica dos serviços (Grönroos, 2008), pois, a maior parte dos serviços exige interações em que os clientes participam ativamente. A participação do cliente na área da saúde é fundamental para moldar o processo e os resultados do serviço.

Segundo Gallan (2013), os recursos emocionais apresentados pelos prestadores de serviços influenciam os níveis de comportamentos participativos. O facto de um cliente ser mais ou menos positivo influencia a participação no processo de prestação do serviço, portanto, a positividade está associada com níveis mais elevados de participação do cliente.

Nos cuidados de saúde, os pacientes têm a oportunidade de cocriar valor durante o encontro através da participação na discussão da sua condição corrente e sintomas, cooperando para um melhor diagnóstico, na partilha de conhecimentos sobre as opções de tratamento possíveis, e expressando o seu nível de conforto ou desconforto em relação a determinadas terapias e procedimentos específicos. (Gallan et al., 2013)

Em qualquer tipo de serviço existem diversos tipos de clientes, no entanto, é necessário ter em atenção que os clientes de cuidados de saúde em comparação com os de outros serviços, por norma entram ou iniciam a interação de serviço com o prestador de cuidados, num estado de desconforto físico; psicológico; ou ambos, o que influencia a percepção do paciente em relação à qualidade do serviço. (Sapke & Megehee, 2010) Desta forma, a gestão dos relacionamentos com os clientes é fundamental em serviços e, nomeadamente por três razões principais. Primeiro, como Lovelock (1983) aponta, muitos serviços devido à sua natureza exigem adesão contínua (por exemplo, seguro, televisão a cabo). Em segundo lugar, mesmo quando a adesão não é necessária, os clientes podem procurar relacionamentos contínuos com prestadores de serviços para reduzir o risco percebido na avaliação de serviços caracterizados por propriedades de intangibilidade e credibilidade. Sendo a relação entre a empresa e os seus clientes crítica, Bendapudi e Berry (1997) afirmam que os clientes estarão mais dispostos a manter relações contínuas com os prestadores de serviços quando esse prestador é percebido como sendo especialista. Nos serviços de saúde, uma entidade tida como viável no mercado competitivo dos nossos dias, deve ser capaz não só de identificar as necessidades dos pacientes, mas também, garantir que essas necessidades e desejos sejam satisfeitos. (Ramsaran-Fowdar, 2008), isto contribuirá para uma maior confiança, o que se mostra essencial em contextos como os cuidados de saúde e outros serviços de alto envolvimento. (Sapke & Megehee, 2010)

Os serviços tratam-se de performances, onde o empregado desempenha um papel importante na formação da experiência de serviço, assim como toda a envolvência física. (Bendapudi & Berry, 1997)

O ambiente de cuidado deve permitir aos pacientes sentirem-se confortáveis e seguros para receber os serviços necessários com vista ao tratamento de doenças, diagnóstico e prevenção. O prestador de serviço, na figura de profissional de saúde, deve esforçar-se por entender o que os pacientes precisam de modo a atender ou exceder as suas expectativas, alcançando assim o patamar de qualidade. (Lee, 2016)

2.3 Medição e Condicionantes da Qualidade da Experiência em Serviços de Saúde

As empresas no mercado procuram diferenciar-se das suas concorrentes, tentando para isso, oferecer uma experiência de maior valor para os seus clientes, de forma a conseguirem retê-los, bem como, atrair novos consumidores (Shaw & Ivins, 2002). Isto acontece para a generalidade das empresas e em particular nas da área da saúde. A avaliação da prestação de cuidados de saúde é essencial para a avaliação contínua e conseqüente melhoria da qualidade dos serviços médicos. Assim sendo, a qualidade do serviço pode ser usada como uma arma de diferenciação estratégica para construir uma vantagem competitiva sustentável, sendo um determinante vital da satisfação do paciente (Alrubaiee et al, 2011).

De acordo com Anhang et al. (2014), utiliza-se o termo “experiência do paciente” para designar qualquer processo observável pelo paciente, incluindo experiências subjetivas (p.e. se a dor está controlada), objetivas (p.e. tempo de espera para uma consulta), e ainda percepções sobre o comportamento de médicos, assistentes e restante pessoal de saúde (p.e. se o médico forneceu toda a informação necessária). Assim, a experiência do paciente diz respeito a aspetos fundamentais de cuidados de saúde centrados no paciente, avaliados de acordo com o seu próprio ponto de vista.

No entanto, a qualidade dos cuidados médicos tem sido tradicionalmente medida não de acordo com as percepções do paciente, mas antes usando critérios objetivos como a mortalidade e a morbilidade. Embora esses indicadores sejam essenciais para a qualidade clínica, avaliações mais suaves e subjetivas são necessárias (Dagger et al., 2007), nomeadamente, se a satisfação com o processo de cuidado é verdadeiramente um dos objetivos das profissões da saúde, então a maneira como o cuidado é entregue deve ser avaliada através dos olhos do paciente. Assim, focar a prestação de cuidados nas necessidades e preferências dos pacientes é uma forma útil de definir cuidados centrados no doente. Ainda assim, a questão da qualidade da experiência em serviços tem sido um tema pouco estudado particularmente no setor da saúde, e apenas recentemente os prestadores de serviços de saúde começaram a acreditar que os pacientes podem fornecer julgamentos confiáveis das suas experiências e cuidados de saúde (Jenkinson et al., 2002).

Mais recentemente, as organizações de cuidados de saúde têm vindo a dedicar esforços consideráveis à aplicação de estratégias para a melhoria da qualidade adotando uma abordagem organizacional estratégica focada no paciente (Luxford et al., 2011). Esta abordagem pretende atingir algum equilíbrio entre aquilo que é clinicamente oferecido, e os cuidados percebidos pelo paciente como benéficos e aceitáveis. De acordo com Jenkinson et al. (2002), cuidados que apenas melhorem o estado de saúde de modo estritamente técnico não serão provavelmente vistos como inteiramente benéficos, pelos pacientes. Como tal, segundo estes autores, tem-se registado um interesse acrescido na avaliação da experiência de cuidados em saúde, para além da mera avaliação do sucesso das intervenções e tratamentos. Esta abordagem vai ao encontro do que afirma Ramsaran-Fowdar (2008), segundo o qual o paciente se encontra perante dois tipos de qualidade: a técnica que se refere ao resultado do serviço principal, e a funcional relacionada com os processos de prestação de serviços ou a forma como o paciente recebe o serviço. Ainda de acordo com Luxford et al (2011), as organizações de saúde parecem apostar cada vez mais no designado “*patient-centered care*” (p.1), motivadas por evidências dos benefícios que tal pode trazer para a experiência do paciente e para os próprios resultados clínicos. Como tal, há uma exigência cada vez maior de medir não apenas os pontos de vista do pessoal clínico sobre a qualidade dos cuidados, mas também os dos pacientes (Black et al., 2014).

Pesquisas indicam ainda, que a qualidade do serviço percebido depende do tipo de serviço, o que implica que uma medida genérica é inadequada (Ramsaran-Fowdar, 2008). Assim, os itens de medição de qualidade são aplicados de várias maneiras, dependendo das características do serviço e dos cuidados necessários. A perceção dos clientes sobre a qualidade dos serviços de saúde recebidos envolve uma série de fatores: experiência, conhecimento e competência do pessoal, combinados com o seu comprometimento e disposição para servir o cliente, confiança, empatia e gestão de fatores críticos (Ferguson et al., 2010). Num espaço médico, a estética do escritório, a aparência do pessoal, a relação entre o doente e os médicos, bem como a pontualidade, entre outros, podem ser indicadores usados pelos pacientes para avaliar a eficácia do prestador de serviços. (Ramsaran-Fowdar, 2008). Para Donabedian (1980) a qualidade do serviço em saúde deve incluir uma análise da estrutura para atingir um determinado nível de qualidade da saúde (as características

dos médicos, hospital e pessoal); do processo (interação com a estrutura) e do resultado (o que acontece ao paciente após o ato médico); embora para Boller et al. (2003), os resultados sejam mais uma consequência da qualidade do serviço e não um componente dela. Lehtinen e Lehtinen (1982), por outro lado, discutiram três tipos de qualidade: a física; interativa; e corporativa. A qualidade física inclui aspectos estruturais associados ao serviço como a área de recepção, sala de exame e equipamento médico. A qualidade interativa envolve o contacto entre o cliente e o pessoal de serviço, e a corporativa inclui a imagem e reputação. A qualidade em serviços de saúde depende de muitos eventos contingentes durante os processos de tratamento e resultados dos mesmos. Enquanto os processos são fornecidos por funcionários (médicos, etc), os resultados são obtidos pela condição do paciente após os tratamentos. Portanto, estes dois aspetos são avaliados de forma diferente pelos pacientes. Além disso, o grau do que o paciente sente antes e após o tratamento faz variar a medição da qualidade em serviços de saúde (Lee, 2016).

A qualidade dos cuidados de saúde prestados afeta a satisfação do paciente, que por sua vez influencia os comportamentos positivos que este venha a desenvolver, como a lealdade (Naidu, 2009).

2.3.1 A Qualidade da Experiência em Saúde e seu impacto na Satisfação e Lealdade

A satisfação do paciente é considerada como uma das dimensões de qualidade mais importantes e um dos indicadores-chave de sucesso em saúde (Pakdil & Harwood, 2005). Apesar de aparentemente iguais, a qualidade de serviço percebida e a satisfação do consumidor são construções distintas que podem ser definidas e avaliadas de maneiras diferentes. Embora a qualidade do serviço e a satisfação do consumidor tenham certas coisas em comum, a satisfação é geralmente vista como um conceito mais amplo, enquanto a avaliação da qualidade do serviço se concentra nas dimensões do serviço (Zeithaml & Bitner, 2000). Geralmente, a qualidade do serviço é considerada principalmente uma construção cognitiva enquanto a satisfação tem sido considerada um conceito mais complexo que inclui componentes cognitivos e afetivos. Zineldin (2006) definiu satisfação como uma resposta emocional. A satisfação é baseada em normas de prestação de serviços que dependem de experiências

passadas, embora a qualidade de serviço percebida possa ser atualizada em cada transação específica ou experiência de serviço, ela tende a durar mais do que a satisfação, que é entendida como transitória e meramente refletindo uma experiência de serviço específica. (Vinagre & Neves, 2008). De acordo com Wilton e Nicosia (1986), os modelos mais recentes de satisfação do cliente já deixaram de tratar a satisfação como uma variável estática, concebendo-a antes como um processo ampliado ou um sistema de interação em torno dos atos de compra, uso e recompra. Esta nova perspectiva reconhece que a reação psicológica do cliente não pode ser representada como o resultado de um único episódio, mas como uma série de atividades e reações contínuas ao longo do tempo.

O processo de formação da satisfação não é muito consensual quer nos serviços, em geral, quer nos cuidados de saúde em particular. As conclusões de vários estudos sobre a satisfação do cliente em serviços encontraram diferentes antecedentes na formação da satisfação, quer seja a percepção da imagem, valor percebido, expectativas e qualidade (funcional e técnica) (Raposo et al., 2009). Entretanto, no contexto da saúde, alguns desses antecedentes perdem influência. Por exemplo, Taylor e Cronin (1994) descobriram que as expectativas não conseguem demonstrar uma relação direta e consistente com a satisfação do paciente. Além disso, o valor percebido pode ser difícil de aplicar no contexto da saúde, uma vez que como Peyrot et al. (1993) apontaram, geralmente os pacientes não conhecem o custo real dos tratamentos, e é difícil para eles avaliar o valor percebido dos serviços de saúde. A fraqueza de algumas variáveis na relação com a satisfação pode ser uma das razões pelas quais a maioria dos estudos se concentra, acima de tudo, em variáveis de qualidade de serviço, sejam funcionais ou técnicas. No entanto, os elementos mais importantes de qualidade de serviço para cada paciente podem variar dependendo da situação que cada um enfrenta (Mowen et al., 1993).

Os clientes satisfeitos são mais propensos a ser leais, produzindo vários benefícios para as organizações (Reichheld & Sasser, 1990), como a recompra e o passa-a-palavra (Oliver 1999). No contexto dos serviços de saúde, a recompra, manifestada sob a forma de voltar à instituição hospitalar, pode não ser opcional sobretudo no âmbito do sistema hospitalar público europeu, pelo que é fundamental estudar a lealdade do ponto de vista da atitude e, mais especificamente, do grau de empenho que um paciente tem para com o seu hospital, pois, a um nível geral, a

lealdade do cliente é uma propensão positiva para uma loja ou marca, mas, nos cuidados de saúde e particularmente no ambiente hospitalar muitas vezes é o médico que faz a escolha ou influencia fortemente a escolha de um hospital ou tratamento. No entanto, não há dúvida de que os benefícios de lealdade são transversais, não importa a indústria em discussão, os clientes fiéis são um ativo competitivo para qualquer organização. (Boshoff & Gray, 2004), permitindo construir relacionamentos de longo prazo e passando uma mensagem positiva. (Ramsaran-Fowdar, 2008)

Esta recomendação do serviço a amigos e parentes é o (WOM) “*Word-of-Mouth*” (passa-a-palavra), que na ótica de Westbrook (1987) se define como sendo a comunicação que se processa de modo informal com outros consumidores acerca de um determinado produto ou serviço. WOM entende-se como sendo um comportamento social onde está patente a comunicação de pessoas com pessoas sem intenção comercial (Ferguson *et al.*, 2010). Esta mensagem pode ser positiva ou negativa, pelo que depende da percepção dos clientes. As recomendações são importantes em serviços devido à cocriação de valor com os clientes (Edvardsson *et al.*, 2005) que é fundamental em serviços médicos onde o envolvimento pessoal é alto porque os resultados são muito importantes para o paciente. Além do mais, os serviços de saúde, sendo complexos, são avaliados sobretudo com base na reputação, pelo que futuros pacientes terão especial interesse no passa-a-palavra e em recomendações de outros pacientes (Berry & Seltman, 2007). Com base nesta ideia, Ferguson *et al.* (2010) consideram que os valores; atitudes; traços de personalidade bem como dimensões da experiência do serviço (avaliadas pela adequação da informação; dor/desconforto sentido; interação paciente vs. paciente; paciente vs. pessoal prestador do serviço e resultados da recuperação) integrantes de uma experiência de internamento hospitalar influenciam as intenções de passar uma mensagem positiva em relação à instituição.

Os resultados contribuem para o conceito de cocriação de valor, apontando que a fidelidade do cliente, uma expressão do valor, não é somente dependente de avaliações das suas interações e experiências em todo o processo de atendimento dos clientes, mas também é relativa às características pessoais. WOM positivo é um comportamento social que reflete a fidelidade do cliente. (Ferguson *et al.*, 2010).

2.3.2 A Medição da Qualidade da Experiência em Saúde

A qualidade dos cuidados de saúde do ponto de vista da experiência do paciente está atualmente na vanguarda da gestão, principalmente porque está a ser vista como um meio para obter maior vantagem competitiva e rentabilidade a longo prazo (Dagger et al., 2007), uma vez que se traduz em custos reduzidos, numa imagem corporativa melhorada, e em recomendações positivas através do passa-a-palavra (Alrubaiee et al, 2011). Alguns modelos na literatura dedicados à medição da experiência do ponto de vista do paciente são apresentados de seguida.

2.3.2.1 Modelo de Satisfação do Paciente de Aidu Naidu (2009)

A Figura 2 expõe um modelo abrangente que engloba as questões discutidas no artigo: *“Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality”* (Naidu, 2009). O modelo mostra como pacientes e profissionais de saúde afetam a qualidade do serviço de saúde. As perceções da qualidade do serviço de saúde são antecedentes da satisfação dos pacientes que influenciam a sua lealdade.

A lealdade do paciente resulta em comportamentos positivos, como recomendar serviços de saúde a amigos e parentes, conformidade e maior uso de serviços, impactando positivamente a rentabilidade. Serviços de saúde são difíceis de avaliar, existe um debate sobre como os cuidados de saúde devem ser avaliados. Enquanto alguns autores defendem que as perceções do paciente são valiosos indicadores de qualidade da saúde, outros afirmam que a qualidade do serviço de saúde deve ser avaliada por especialistas. O instrumento SERVQUAL é usado em muitos estudos de satisfação do paciente e tem sido considerado apropriado em ambientes de saúde, mas precisa de alterações para se adequar a ambientes específicos.

As dimensões que determinam a satisfação do paciente foram identificadas, incluindo:

Produção de cuidados de saúde;

Acesso;

Cuidado;

Comunicação;

Aspetos tangíveis.

Tabela 1-Dimensões da satisfação do paciente

Fonte: elaboração própria a partir de Aidu Naidu (2009)

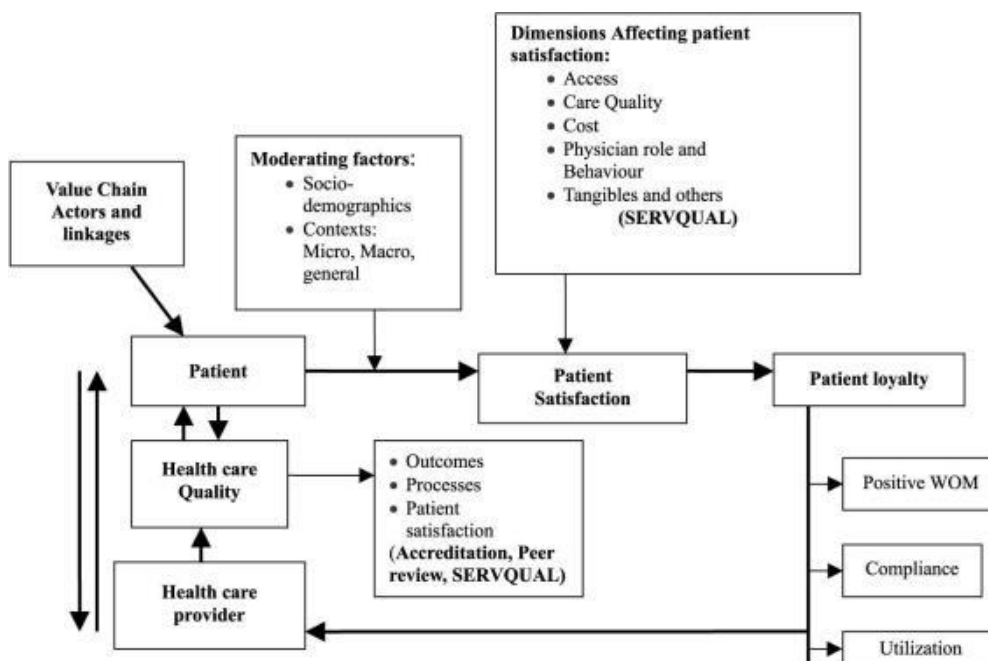


Figura 2- Modelo Teórico de Aidu Naidu, 2009
Fonte: (Naidu, 2009)

As experiências em saúde podem ser compreendidas através do estudo de sistemas de valores que compreendem vários atores e vínculos. Cada um tem a capacidade de criar uma experiência positiva ou negativa do paciente. A aparência e conforto do quarto do hospital também desempenham um papel significativo na determinação das percepções dos pacientes, que parecem também ser moderados por fatores sociodemográficos, embora alguns autores afirmem que estes desempenham papéis contraditórios. Estudos médicos mostram que diferentes expectativas geram diferentes satisfações do paciente. Vários autores desenvolveram modelos conceituais para medir os serviços de saúde e sugere-se que a satisfação do paciente é um conceito multidimensional que deve ser estudado operacionalizando-o dentro do seu contexto.

Consequentemente, o autor propõe um modelo concetual para entender e mensurar a satisfação do paciente e a qualidade do atendimento em serviços de saúde. Medir a qualidade dos cuidados de saúde pode ajudar os gestores de cuidados de saúde a definir eficazmente o mecanismo de controlo e iniciar programas de melhoria. Este artigo, ao analisar pesquisas publicadas, constatou que a satisfação do paciente e a qualidade da saúde são fundamentais para melhorar o desempenho e a imagem dos serviços de saúde.

2.3.2.2 Dimensões de Qualidade de Dagger et al. (2007)

Segundo a análise de Dagger et al., (2007) existem quatro dimensões primárias de qualidade: qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa. Além disso, essas dimensões primárias são impulsionadas por nove subdimensões subjacentes (Figura 3). As subdimensões incluem interação, relacionamento, resultado, experiência, atmosfera, aspectos tangíveis, pontualidade, operação e suporte. Esses resultados sugerem que os clientes avaliam a qualidade do serviço a um nível geral, dimensional e subdimensional.

A qualidade interpessoal reflete a relação desenvolvida e a interação entre um prestador de serviços e um consumidor (Brady & Cronin, 2001; Grönroos, 1984). Para esta dimensão importam as subdimensões de interação e relacionamento.

A qualidade técnica, por sua vez, envolve os resultados obtidos e a competência técnica de um prestador de serviços. (Grönroos, 1984, McDougall & Levesque, 1994), ou seja, os clientes avaliam a qualidade técnica com base na experiência com os prestadores de serviços e os resultados alcançados nos vários encontros de serviço.

O ambiente define a mistura complexa de características ambientais que moldam percepções de serviço ao consumidor, destacam-se aqui os aspectos tangíveis.

Quanto à qualidade administrativa, elementos de serviços administrativos facilitam a produção de um serviço central, ao mesmo tempo que agregam valor ao uso do serviço pelo cliente (McDougall & Levesque, 1994). Os serviços de facilitação são essenciais para o fornecimento e o consumo de um serviço básico, enquanto que os elementos de apoio aumentam o serviço, mas não são essenciais para a sua prestação. Três temas compreenderam esta dimensão: pontualidade, operação e suporte. O modelo desenvolvido no estudo representa um modelo estático de avaliação de serviços

Este estudo também foi realizado numa única indústria de serviços (saúde) e num único país. No entanto, utilizaram-se dois contextos de saúde diferentes, o de cuidados oncológicos e a prática geral, sugerindo um grau de generalização para outros contextos de saúde

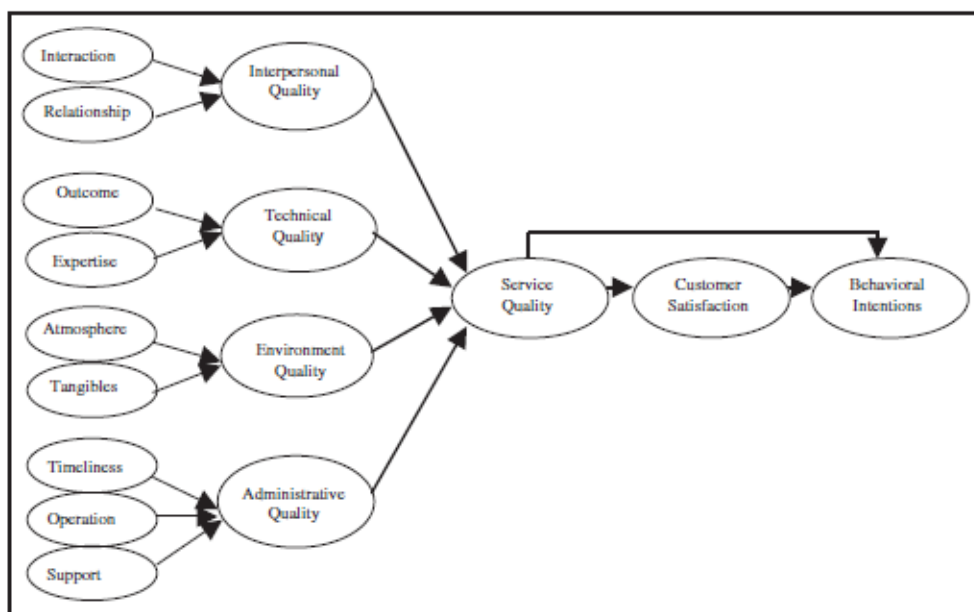


Figura 3-Dimensões e subdimensões de Dagger

Fonte: (Dagger et al, 2007)

2.3.2.3 Dimensões da Qualidade do Serviço e Satisfação nos Cuidados de Saúde (Raposo et al., 2009)

Segundo Bruhn e Grund (2000), a literatura sobre a satisfação / insatisfação do consumidor sugere que o processo de mensuração, além de medir a satisfação, deve também identificar os principais antecedentes de satisfação, as suas consequências e também as relações existentes entre as várias variáveis do processo.

A revisão da literatura mostra que a satisfação pode ser influenciada por diferentes variáveis. Este estudo propõe um modelo teórico para testar quais variáveis têm maior influência na satisfação do paciente nos cuidados de saúde primários. Utilizando as diretrizes teóricas fornecidas pela literatura, o modelo sugere: instalações, interação da equipa administrativa e a relação com o médico e os cuidados de enfermagem (Figura 4) como os principais antecedentes de satisfação dos pacientes.

A avaliação dos níveis de satisfação dos pacientes e o conhecimento dos fatores que influenciam a satisfação são muito importantes para os gestores de saúde, pois influenciam os resultados de saúde e os resultados financeiros das instituições.

O objetivo dos autores passou por analisar os níveis de satisfação dos pacientes num conjunto de quatro Centros de Saúde Portugueses, através da estimativa de um índice de satisfação, o que simultaneamente explica quais são as dimensões da qualidade da saúde que influenciam essa mesma satisfação. Para isso, foi testado um modelo concetual de satisfação dos pacientes no atendimento primário com dados de uma amostra de 414 pacientes. Os resultados mostraram que a satisfação dos pacientes é de 60,887 numa escala de 1 a 100, revelando apenas um nível médio de satisfação. Foi possível concluir que os efeitos positivos mais importantes sobre a satisfação são aqueles ligados à relação paciente / médico, à qualidade das instalações e à interação com o pessoal administrativo, por esta ordem.

Assim, concluímos que a interação do médico com os pacientes tem uma influência significativa na satisfação, pelo que, as perceções dos pacientes sobre a competência e a preocupação do médico para com os seus problemas são determinantes importantes das experiências dos pacientes e devem ser consideradas em estudos futuros que visam avaliar a avaliação da satisfação. (Raposo et al., 2009)

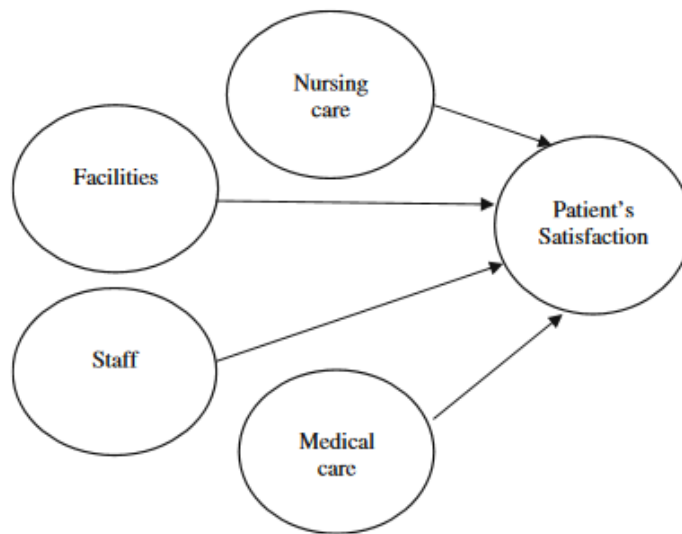


Figura 4- Modelo de Raposo et al. (2009)

Fonte: (Raposo et al, 2009)

2.3.2.4 Modelo do impacto das Dimensões da Qualidade na Satisfação de Duggirala et al., (2008)

Muitos estudos têm sido feitos para estudar o impacto das dimensões da qualidade do serviço na satisfação geral do cliente em relação à experiência de serviço. Partindo do artigo de Duggirala et al., (2008), as práticas de qualidade estão positivamente correlacionadas com a satisfação do cliente. Num estudo semelhante, Alomaim et al. (2003) afirmou que a satisfação do cliente era a razão final para a adoção da TQM (*Total Quality Service*), um instrumento abrangente de qualidade dos cuidados de saúde. Sharma (1999) desenvolveu uma escala para medir a satisfação do paciente com a qualidade do serviço e priorizou as dimensões da qualidade do serviço como alta, serviço geral, enfermagem, limpeza e admissões.

Donabedian (1988), afirmou que a satisfação dos pacientes deve ser tão indispensável para as avaliações de qualidade quanto a concepção e gestão dos sistemas de saúde. Foi desenvolvido um questionário com base numa extensa revisão da literatura sobre a qualidade do serviço.

Concluiu-se a existência de sete dimensões distintas de TQS percebido pelo paciente e consequente relação entre elas. Foram encontradas relações positivas e significativas entre as dimensões e a satisfação do paciente. Este estudo contribui para a investigação sobre os serviços de saúde através do desenvolvimento de um instrumento abrangente de qualidade dos cuidados de saúde do doente, pois, este instrumento permitirá aos pacientes fornecer *feedback* aos hospitais sobre a qualidade dos cuidados de saúde recebidos. Os hospitais podem usar esse *feedback* para analisar o seu desempenho, avaliar a satisfação do paciente e comparar o seu desempenho com hospitais competitivos.

3.1 Estudo empírico

3.1 Objeto de estudo

Tal como tem vindo a ser discutido no capítulo anterior, o conceito de experiência do consumidor é cada vez mais visto como holístico e omnipresente em todos os produtos e serviços. No entanto, a maioria dos estudos na área tem-se debruçado sobre serviços de carácter experiencial, deixando de parte serviços com uma vertente mais funcional. Uma vez que a experiência dos clientes não está circunscrita a setores hedónicos, o presente estudo pretende explorar o conceito de experiência associado a um serviço de carácter utilitário, como é o caso dos serviços de saúde, que tem recebido atenção crescente na última década. Em saúde e como em qualquer outro serviço, a experiência é constituída por um conjunto de estímulos tangíveis e intangíveis que vão para além do resultado, tais ambientes físicos e aspetos de serviço. A satisfação do paciente resultante dessa experiência é então uma construção multidimensional que é afetada por diversas variáveis, e que por sua vez poderá influenciar os comportamentos positivos do paciente, tais como a lealdade.

Assim, o presente estudo, tem como objetivos perceber (i) quais as dimensões da qualidade da experiência em saúde do ponto de vista do paciente; (ii) quais os traços psicológicos e valores dos pacientes que têm impacto nessa avaliação; e ainda (iii) quais os resultados da avaliação da qualidade da experiência em termos de lealdade e recomendação da organização prestadora de serviços de saúde.

A partir do enquadramento teórico realizado, a Figura 5 expõe o modelo de investigação do presente estudo, seguindo-se a apresentação e fundamentação das Hipóteses a testar.

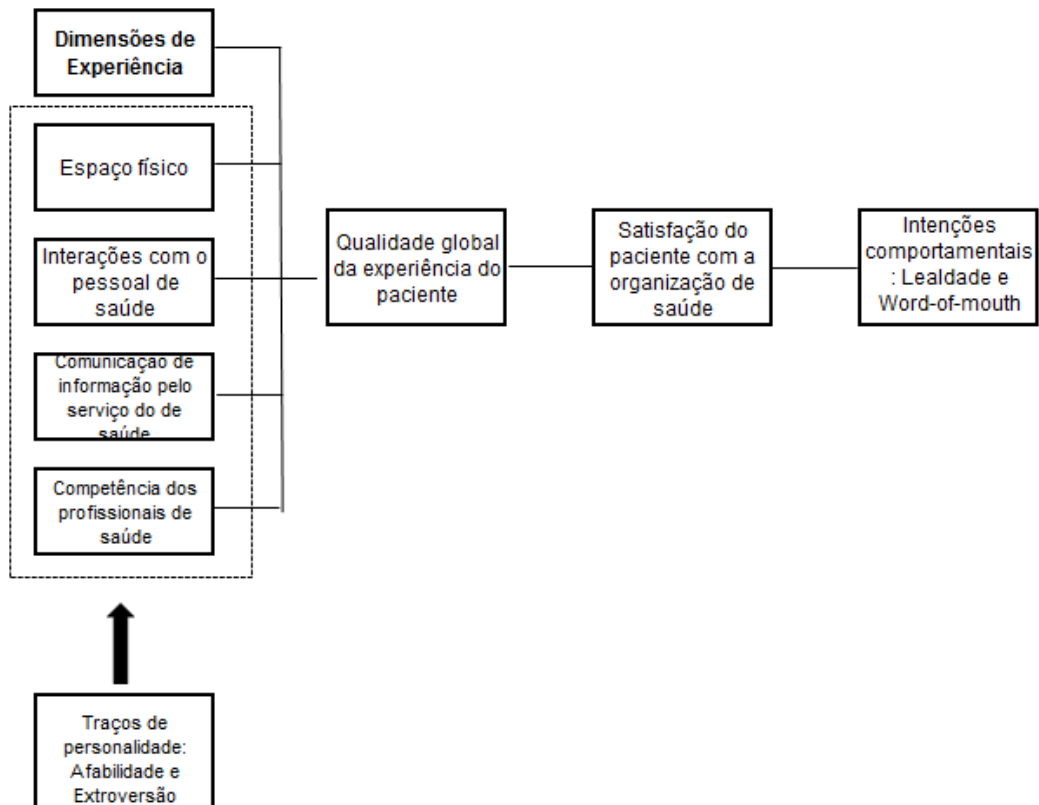


Figura 5- Modelo teórico
Fonte: Elaboração própria

H1. As dimensões da experiência, ambiente do espaço físico; interações com os profissionais de saúde; comunicação/transmissão de informação pela organização de saúde; competência demonstrada pelos profissionais de saúde influenciam a avaliação da qualidade global da experiência.

A configuração física na qual os serviços são fornecidos está relacionada com a percepção de qualidade do paciente em relação às instalações físicas do hospital. Esta dimensão, inclui a limpeza, manutenção e disponibilidade de serviços, tais como salas de espera, salas de teste de diagnóstico, salas de operação, camas, serviços de ambulância, capacidade tecnológica, farmácias, bancos de sangue. (Duggirala et al., 2008)

A evidência física de que o hospital fornecerá serviços satisfatórios é, portanto, importante para os julgamentos de satisfação do paciente. Falamos da limpeza geral das instalações, a disponibilidade de equipamentos modernos e uma sensação geral

de que as instalações estão em bom estado de conservação pode aumentar a satisfação do paciente. (Andaleeb, 1998)

A atitude do pessoal prestador de serviços tem um impacto significativo na satisfação do cliente. A maneira como o pessoal de saúde interage com os pacientes e a sensibilidade que tem para a experiência pessoal do paciente são importantes para a sua satisfação (Andaleeb, 1988).

Quanto melhor for a avaliação do paciente da "interação paciente vs. pessoal prestador de serviço", maior é a probabilidade de intenções positivas de WOM para o hospital, (Ferguson *et al.*, 2010) o que naturalmente terá efeito na satisfação do paciente, pois a mensagem que passará será positiva.

Frohna et al. (2001) afirmaram que, independentemente de um paciente ser, ou não curado, o resultado do encontro médico-paciente depende da comunicação. A comunicação com os pacientes pode afetar muito o processo de "cicatrização". Se um paciente se sente alienado, desinformado ou com incertezas sobre os resultados de saúde, poderá levar mais tempo para se curar.

Também Ferguson et al. (2010), afirmaram que quanto maior a quantidade de informação disponibilizada ao paciente, menor será a ansiedade, o que também se traduzirá numa maior probabilidade de intenções positivas de WOM para com o hospital.

Claramente, a comunicação é vital para a satisfações do serviço hospitalar. Quando questões que dizem respeito a pacientes podem ser prontamente discutidas e quando os pacientes são consultados quanto ao tipo de cuidados que irão receber, isto pode aliviar os seus sentimentos de incerteza.

Além disso, quando a natureza do tratamento é claramente explicada, a consciência dos pacientes é aumentada e eles são sensibilizados para o que esperar. Assim sendo, a comunicação entre pacientes e prestadores de serviços pode aumentar a satisfação dos pacientes com a qualidade dos serviços e atendimento hospitalar recebidos. (Andaleeb, 1988)

A comunicação eficaz médico-paciente é reconhecida como uma competência essencial para os médicos. Os médicos devem estar cientes de que a comunicação com os pacientes é um processo complexo. Para ser eficaz, a comunicação deve ser

um processo bidirecional, quer o médico quer o paciente precisam de oferecer e aceitar informações.

Durante um encontro clínico, um médico deve ter o cuidado de garantir que a comunicação é satisfatória para ambas as partes, deve ainda, permitir que um paciente descreva as suas preocupações.

Uma relação médico-paciente de alta qualidade melhora os resultados do paciente, aumenta a satisfação com o cuidado e torna a prática da medicina agradável. A adoção de um estilo colaborativo de comunicação permitirá que os médicos sustentem tais relacionamentos com os seus pacientes, independentemente do contexto. (Frohna et al. 2001) Através de uma comunicação eficaz, os médicos influenciam positivamente os resultados de saúde dos seus pacientes.

A comunicação é o caminho para a medicina que é orientada para o paciente em vez de orientada para a doença. (Duggirala et al. 2008)

No contexto de saúde, algo que necessariamente é central, é a competência do prestador do serviço de saúde, que irá fomentar a confiança e consequentemente como refere Andaleeb (1998), quanto maior a competência percebida do prestador de serviços, maior será o nível de satisfação do paciente. Ditto et al. (1995) dedica-se a esta temática estudando as crenças dos pacientes sobre se os médicos devem adotar um papel autoritário, uma abordagem autoritária tradicional baseada na suposição de que o médico é responsável pela saúde do paciente ou igualitário, uma abordagem mais centrada no paciente, e ainda, se a satisfação com os cuidados de saúde e a adesão ao tratamento são maiores quando existe uma correspondência entre as expectativas do doente e o comportamento do médico.

H2. A avaliação da qualidade global da experiência influencia a satisfação do paciente com a organização de saúde.

Existe uma clara relação entre a satisfação dos cuidados médicos e a adesão do doente, pelo que, se um paciente não estiver satisfeito poderá não voltar às consultas ou não efetuar um dado tratamento, desta forma, esta insatisfação levará o paciente a posicionar-se negativamente quanto à sua experiência com essa unidade de saúde, médico, enfermeiro ou similar. Portanto, os pacientes insatisfeitos com o aconselhamento médico são menos propensos a cooperar (Naidu, 2009). Por outro

lado, Ditto et al. (1995) argumentam que é a componente sócio emocional do sistema de saúde e não a competência ou inteligência percebida pelo médico que parece ser mais importante na determinação da satisfação do paciente com o seu médico e, consequentemente, na sua adesão aos regimes de tratamento. Os pacientes procuram comportamentos que sejam favoráveis, amigáveis, atenciosos e prestativos, o que cria um maior envolvimento.

H3. A satisfação do paciente influencia a sua lealdade (atitude positiva e recomendação) à organização de saúde.

Clientes satisfeitos são suscetíveis de apresentar intenções favoráveis, que são benéficas para o sucesso das organizações a longo prazo (Reichheld & Sasser, 1990), tais como a recompra e a recomendação (Oliver, 1999).

No contexto dos serviços de saúde, uma vez que a recompra, manifestada sob a forma de voltar à instituição hospitalar, pode não ser opcional, a lealdade deve ser analisada do ponto de vista da atitude e, mais especificamente, do grau de empenho que um paciente tem para com o seu hospital. Mais ainda, clientes fiéis às organizações são valiosos, pois contribuem para o bom nome do serviço e atrairão novos clientes. A recomendação do serviço, também conhecida como passa-a-palavra positivo ou *word-of-mouth* (WOM), é definida neste estudo como a possibilidade do consumidor/paciente dizer coisas agradáveis sobre a empresa/unidade de saúde e a probabilidade de a recomendar a um amigo, conhecido ou familiar (Bontis et al., 2007). O facto de o paciente avaliar positivamente a experiência contribuirá para passar uma mensagem positiva em relação ao hospital e para recomendar a unidade hospitalar a outros (Ferguson et al., 2010).

Finalmente, e considerando o papel de cocriação e elevado envolvimento do paciente em saúde, foi também analisada a influência da personalidade do paciente na experiência recebida e seus os impactos. Nomeadamente, serão estudados dois traços de personalidade socialmente orientados, a afabilidade e a extroversão.

A afabilidade refere-se à qualidade das relações interpessoais e está relacionada com ser social e confiável. Segundo Spake e Megehee (2010), ser social é a tendência para preferir estar com os outros em vez de estar sozinho. As pessoas de alta sociabilidade tendem a procurar interações sociais em todos os domínios da sua

vida, seja *online*, em atividades comerciais, desportivas, e, portanto, também nos serviços de saúde. No entanto, na literatura, a sociabilidade do consumidor recebe menos atenção, debatendo-se mais a contribuição das interações sociais do prestador de serviços para a avaliação da experiência do serviço.

Quanto à extroversão, esta prende-se com a intensidade dessas relações e com atitudes positivas e alegres. (Ferguson et al., 2010).

Em Hills e Argyle (2001), o extrovertido é definido como aquele que precisa de ter pessoas para conversar, anseia emoção e oportunidades para a atividade física, gosta de rir e de se divertir, envolve-se em muitas interações sociais, que são uma fonte importante de felicidade, enquanto os introvertidos, ou pessoas de baixa sociabilidade, não sentem necessidade de altos níveis de estimulação, sendo mais recatados.

A sociabilidade de um paciente tem impacto na relação satisfação-confiança-compromisso, na perspetiva de Spake e Megehee (2010, pois os pacientes devem confiar no que veem e em como são tratados quando avaliam a qualidade do atendimento prestado. Também Ferguson et al. (2010) descobriram que pacientes altamente sociáveis apresentam atitudes mais positivas em relação ao prestador de serviços. Como tal, pretende-se testar a seguinte hipótese:

H4. Existem diferenças significativas no impacto das dimensões da qualidade da experiência em função dos traços de personalidade do paciente (afabilidade e extroversão).

3.2 Metodologia de Investigação

3.2.1 Tipo de Investigação

Este estudo será realizado socorrendo-se numa abordagem dedutiva, pois a teoria é baseada na literatura existente e os dados recolhidos serão de natureza quantitativa, com vista a testar as hipóteses propostas anteriormente. Os dados serão recolhidos através de inquérito por questionário com questões fechadas, que posteriormente, serão analisados através do software SmartPLS.

Os inquéritos serão aplicados presencialmente em formato de papel, pelo que ficarão de fora alguns inconvenientes como: a dificuldade de esclarecer dúvidas e a

dependência de aparelhos eletrônicos e ligações à internet (Malhotra, 2007), sendo mais fácil e intuitivo as pessoas cooperarem.

O estudo descritivo, será aplicado a pacientes das unidades de obstetrícia e ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) e as respostas serão dadas com suporte numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo, Nem discordo; 4 - Concordo; 5- Concordo totalmente.

Para este estudo, considerou-se como variáveis independentes os fatores que influenciam a experiência das pacientes (espaço físico, interação, comunicação e competência) e como variáveis dependentes os resultados nas atitudes e comportamentos dos pacientes em termos de satisfação e lealdade. Como variáveis sociodemográficas foram consideradas a idade e as habilitações literárias.

3.2.2 Amostra

A amostra deste estudo é não probabilística por conveniência. Este tipo de amostra por conveniência, é uma técnica de amostragem que visa recolher elementos convenientes para o pesquisador (Malhotra, 2010).

A população alvo é constituída por pacientes, mulheres, em regime de internamento nos serviços de ginecologia e obstetrícia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

O pedido de autorização para a recolha de dados foi realizado junto do CMIN, obedecendo a todas as exigências burocráticas, tendo-se obtido um parecer positivo. (Anexo 1 – Consentimento Informado e Anexo 2 – Autorização)

O CMIN é caracterizado por ser o centro hospitalar com a maior maternidade (em número absoluto de partos e número de médicos especialistas de Ginecologia Obstetrícia) na região norte, bem como, no maior número de consultas e cirurgias do foro técnico no País. Para além disso, o CMIN é atualmente:

-o maior centro regional de nascimentos de alto risco (em número de partos por baixo peso e prematuridade);

- o maior centro regional de Cirurgia Pediátrica (em número de médicos especialistas), com áreas de alta diferenciação; um centro de Diagnóstico Pré-natal de referência regional e nacional;
- um centro de Procriação Medicamente Assistida diferenciado com o Banco Nacional Público de Gâmetas;
- um centro com equipas multidisciplinares dedicadas à Cirurgia Neonatal (Cirurgia e Anestesia), disponíveis 24 horas com competências e experiência específica;
- um centro preparado para as doenças Pediátricas mais raras e complexas. (Centro Hospitalar do Porto, 2017)

3.2.3 Estrutura do Questionário

Conforme referido anteriormente, a investigação tem como principal intuito perceber as variáveis que têm influencia na experiência do paciente numa unidade de saúde.

O questionário construído apresenta 33 questões, 30 das quais estão relacionadas com as dimensões da experiência, satisfação e lealdade, enquanto as restantes se prendem com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade e as habilitações académicas, e ainda com os traços de personalidade.

Com vista à construção do questionário foi necessária a análise da literatura, nomeadamente de artigos que abordam a experiência ou qualidade de experiência no setor da saúde, de maneira a identificar as variáveis importantes na qualidade da experiência dos pacientes e consequentemente verificar a ocorrência de comportamentos de recomendação e lealdade para com a organização de saúde.

Abaixo apresentam-se as questões finais do inquérito retiradas dos estudos e modelos dos diferentes autores analisados. As questões serão medidas com recurso a uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que o 1 corresponde ao Discordo Totalmente e o 5 ao maior grau de concordância: Concordo Totalmente.

O questionário final encontra-se no Anexo 3.

Autores	Dimensão Relevante	Questões finais
<p>(Andaleeb,1988)</p> <p>(Dagger et al., 2007)</p> <p>(Duggirala et al., 2008)</p>	<p>Espaço Físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> . O ambiente hospitalar é acolhedor, e agradável. . A decoração da unidade de saúde é adequada. . As salas de espera; enfermarias salas de pré-operatório e pós-operatório são tranquilas, limpas e confortáveis. . As camas e aparelhos técnicos (ecografia; ultrassom, laboratórios) são suficientes e modernos. . Nesta unidade de saúde, existem todas as condições físicas para a receção e visitas (privacidade, cadeiras e espaço).
<p>(Andaleeb,1988)</p> <p>(Ferguson et al., 2010)</p>	<p>Interação com o pessoal prestador de serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> . O pessoal hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e atencioso. . O pessoal hospitalar tem a sensibilidade necessária para agir com os pacientes mediante o seu estado de saúde. . O pessoal hospitalar é cortês e paciente, disponibilizando o tempo suficiente para mim. . Nesta unidade de saúde dão-me tratamento personalizado. . O pessoal hospitalar é cuidadoso e empático.
<p>(Andaleeb, 1988)</p> <p>(Dagger et al., 2007)</p>	<p>Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> . O pessoal hospitalar informa-me de todos os procedimentos médicos a realizar. . Durante a minha admissão, as minhas perguntas foram sempre respondidas e esclarecidas, diminuindo a minha ansiedade. . O pessoal hospitalar comunica comigo e escuta o que tenho a dizer. . O pessoal hospitalar esclarece-me de uma

		forma que eu consigo entender.
(Dagger et al., 2007)	Competência dos profissionais de saúde	<p>. Sinto confiança no pessoal hospitalar que me assiste.</p> <p>. O pessoal hospitalar realiza as suas tarefas com competência.</p> <p>. Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado.</p> <p>. Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos.</p>
(Dagger et al., 2007)	Satisfação	<p>. Os meus sentimentos para com a unidade hospitalar são muito positivos.</p> <p>. Sinto-me bem em vir para esta unidade de saúde para ser assistida.</p> <p>. No geral, estou satisfeito(a) com a unidade hospitalar e com o serviço que presta.</p> <p>. Sinto-me satisfeito(a) pois os resultados que motivaram a minha vinda a esta unidade de saúde são o melhor que pode ser alcançado</p>
(Dagger et al., 2007)	Qualidade da experiência	<p>. A qualidade global do serviço prestado por esta unidade de saúde é excelente.</p> <p>. A qualidade do serviço prestado nesta unidade de saúde é impressionante.</p> <p>. O serviço prestado por esta unidade de saúde é de alto padrão.</p> <p>. Acredito que unidade de saúde oferece um serviço que é superior em todos os sentidos.</p>

<p>(Boshoff & Gray 2004)</p> <p>(Dagger et al., 2007)</p> <p>(Ferguson et al., 2010)</p>	<p>Intenções comportamentais</p> <p>(Lealdade e <i>Word-of-mouth</i>)</p>	<p>. Caso seja novamente necessário, eu iria querer voltar a esta unidade de saúde.</p> <p>. Recomendarei esta unidade hospitalar a conhecidos.</p> <p>. Vou tecer elogios sobre esta unidade hospitalar a outras pessoas. (família, amigos, conhecidos)</p> <p>. Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade hospitalar.</p>
<p>(Ferguson et al., 2010)</p>	<p>Traços de personalidade</p>	<p>Em termos de personalidade considera-se uma pessoa (indique o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5):</p> <p>(i) Simpática;</p> <p>(ii) Calorosa ;</p> <p>(iii) Agradável;</p> <p>(iv) Cooperante;</p> <p>(v) Conversadora;</p> <p>(vi) Extrovertida;</p> <p>(vii) Ousada;</p> <p>(viii) Energética.</p>

Tabela 2- Estrutura do questionário

Fonte: elaboração própria

3.3. Análise de resultados

A recolha de dados foi feita presencialmente entre os dias 3 e 8 de agosto nas unidades de obstetrícia e ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), unidade de saúde que faz parte do Centro Hospitalar do Porto (CHP). Tendo em conta a existência de 60 camas no conjunto dos dois serviços e a rotatividade existentes foi possível recolher 113 respostas.

Os resultados da aplicação dos questionários apresentados abaixo, foram obtidos com recurso ao software SmartPLS, assim como ao Microsoft Excel utilizado para conseguir a análise descritiva.

Após realizada a caracterização da amostra assim como a análise preliminar dos dados tendo por base medidas de estatística descritiva, recorreu-se à Análise Fatorial para efetuar a análise das dimensões propostas. Tendo em contas as palavras de Marôco (2011), a Análise Fatorial consiste numa técnica de análise exploratória de dados que permite apurar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, reduzindo-as a um único fator (fator comum latente). Desta forma, pretende-se, neste estudo, chegar a esse fator comum latente, para tal é necessário aferir se as variáveis propostas para cada uma das dimensões do modelo se interrelacionam.

Para a estimação dos parâmetros do modelo estrutural foi utilizado o Método dos Mínimos Quadrados Parciais, PLS (*Partial Least Square*). Este método é baseado na minimização do erro associado às variáveis endógenas, uma vez que analisa as variáveis latentes uma a uma.

O método dos Mínimos Quadrados Parciais (Henseler, Ringle, & Sinkovics, 2009) foi realizado, pois, o PLS demonstra os melhores resultados para amostras mais pequenas e o foco do nosso estudo é na capacidade de previsão global do modelo ou influência sobre as variáveis endógenas. O PLS foi realizado porque se destaca pela sua capacidade de lidar com modelos complexos e a sua interação. Por último, porque o PLS não requer normalidade dos dados (Henseler et al., 2009) e é possível ser utilizado com três ou menos indicadores, tornando a identificação mais eficaz do que os métodos baseados na covariância (Reinartz, Haenlein & Henseler, 2009).

Desta forma, será caracterizada primeiro a amostra, seguindo-se a apresentação dos dados obtidos, discutindo-se posteriormente os resultados.

3.3.1 Caraterização da Amostra

Tendo em conta a natureza do contexto de investigação, a variável género não foi considerada no inquérito, pois tratam-se de pacientes de ginecologia e obstetrícia pelo que toda a amostra é do sexo feminino.

Tendo em conta as admissões no Centro Materno-Infantil (CMIN) durante o período de aplicação dos questionários, foram recolhidas 113 respostas válidas.

Sobre o perfil sociodemográfico, o questionário aborda a idade e as habilitações literárias que se apresentarão de seguida.

Como referido anteriormente, 100% da amostra é do sexo feminino. Tendo em conta a posição etária das inquiridas, os grupos etários predefinidos foram os seguintes: inferior a 20 anos; de 21 a 30 anos; de 31 a 40 anos e mais de 41 anos.

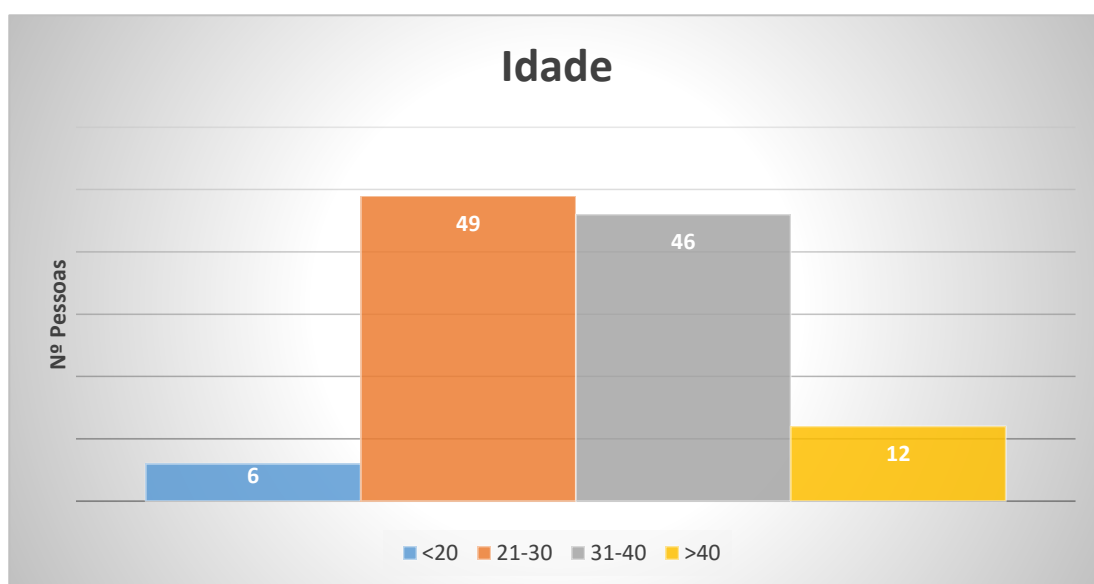


Gráfico 1- Distribuição por idade

Fonte: elaboração própria

A predominância da amostra situa-se na faixa etária entre 21-30 anos com 49 respostas, seguindo-se a faixa etária dos 31-40 anos (46 respostas). Com mais de 40 anos obtiveram-se 12 respostas, e por último apenas 6 das inquiridas tinham menos de 20 anos (Gráfico 1).

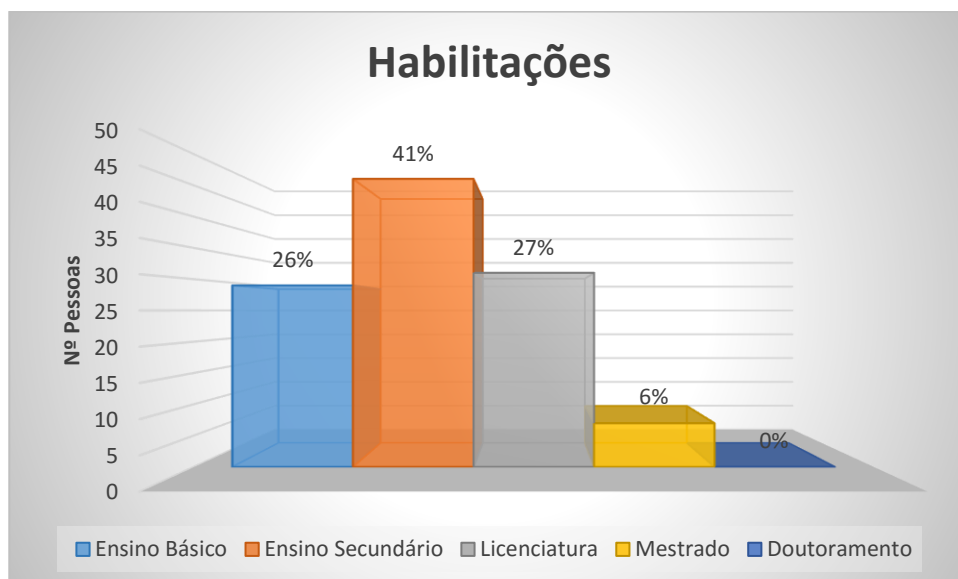


Gráfico 2- Distribuição por habilitações literárias

Fonte: elaboração própria

Quanto às habilitações literárias, 41% da amostra diz ter o Ensino Secundário o que corresponde a 46 respostas. Em seguida, 26% das inquiridas tem o Ensino básico e com diferença de apenas um valor percentual, 27% da amostra tem o grau de licenciado. Apenas 6% das inquiridas têm o grau de mestre (Gráfico 2).

3.3.2 Análise descritiva

Neste ponto, serão apresentados os dados conseguidos, através da análise estatística descritiva, apresentando-se os valores da média e do desvio-padrão. (Anexo 2)

Tendo em conta a média da amostra, de seguida desarmar-se-ão as variáveis com os valores mais representativos. (Tabela 3)

A variável com o valor mais representativo correspondendo à resposta “Concordo” é a **Competência dos profissionais de saúde**, através da Q10. “Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos”, com uma média de 4,752, a Q.16 “Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado” com uma média de 4,717 e a Q3 “Sinto confiança no pessoal hospitalar que me assiste” (4,699).

Também com uma média de 4,717, segue-se a variável **Satisfação** através da Q30 “No geral, estou satisfeita com a unidade de saúde e com o serviço que presta” e Q20 “Sinto-me bem em vir para esta unidade de saúde para ser assistida.” (4,690)

A terceira variável com maior média é as **Intenções comportamentais**, Q27. “Recomendarei esta unidade de saúde a conhecidos” (4,669) e Q29 “Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade de saúde.”, também com uma média de 4,690.

Em relação às variáveis que apresentam uma média mais baixa, desde logo, aquela que corresponde à resposta “Não concordo, nem discordo” apresentando uma média de 3,204 o **traço de personalidade** Q31.7 “Ousada”. De seguida, as médias mais baixas verificam-se também nesta variável, **Traços de Personalidade**, no entanto, correspondem já à resposta “Concordo”. Com uma média de 4,044 a Q31.6 “Em termos de personalidade considero-me uma pessoa (indique o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5): Extrovertida.”, seguindo-se pela característica Q31.5 “Conversadora” (4,186) e Q31.8 “Energética” (4,239).

Variável	Média	Desvio-padrão
Espaço Físico		
Q1. O ambiente hospitalar é acolhedor e agradável.	4.673	0.523
Q4. As salas de espera; enfermarias, salas de pré-operatório e pós-operatório são tranquilas, limpas e confortáveis.	4.469	0.705
Q6. Nesta unidade de saúde existem todas as condições físicas para a receção de visitas (privacidade, cadeiras e espaço).	4.283	0.857
Q9. As camas e aparelhos técnicos (ecografia; ultrassom, laboratórios) são suficientes e modernos.	4.531	0.625
Q17. A decoração da unidade de saúde é adequada.	4.434	0.677
Interação com o pessoal prestador de serviço		
Q2. O hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e	4.628	0.535

atencioso.		
Q5. O pessoal hospitalar é cortês e paciente, disponibilizando o tempo suficiente para mim.	4.513	0.640
Q7. O pessoal hospitalar tem a sensibilidade necessária para agir com os pacientes mediante o seu estado de saúde.	4.628	0.519
Q8. Nesta unidade de saúde dão-me tratamento personalizado.	4.381	0.813
Q19. O pessoal hospitalar é cuidadoso e empático.	4.593	0.526
Comunicação		
Q12. Durante a minha admissão, as minhas perguntas foram sempre respondidas e esclarecidas, diminuindo a minha ansiedade.	4.540	0.666
Q15. O pessoal hospitalar comunica comigo e escuta o que tenho a dizer.	4.681	0.502
Q22. O pessoal hospitalar esclarece-me de uma forma que eu consigo entender.	4.575	0.677
Q23. O pessoal hospitalar informa-me de todos os procedimentos médicos a realizar.	4.602	0.603
Competência dos profissionais de saúde		
Q3. Sinto confiança no pessoal hospitalar que me assiste.	4.699	0.478
Q10. Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos.	4.752	0.433
Q13. O pessoal hospitalar realiza as suas tarefas com competência.	4.681	0.502
Q16. Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado.	4.717	0.451
Satisfação		
Q14. Os meus sentimentos para com a unidade hospitalar são muito positivos.	4.491	0.612
Q20. Sinto-me bem em vir para esta unidade de saúde para ser assistida.	4.690	0.481
Q21. Sinto-me satisfeito(a) pois os resultados que motivaram a minha vinda a esta unidade de saúde são o melhor que poderia ser alcançado.	4.540	0.580
Q30. No geral, estou satisfeito(a) com a unidade de saúde e com o serviço que presta.	4.717	0.470
Qualidade da experiência		
Q11. Acredito que a unidade de saúde oferece um serviço que é	4.389	0.630

superior em todos os sentidos.		
Q18. A qualidade global do serviço prestado por esta unidade de saúde é excelente.	4.451	0.580
Q24. A qualidade do serviço prestado nesta unidade de saúde é impressionante.	4.319	0.669
Q25. O serviço prestado por esta unidade de saúde é de alto padrão.	4.398	0.645
Intenções comportamentais		
Q26. Caso seja novamente necessário, eu iria querer voltar a esta unidade de saúde.	4.664	0.542
Q27. Recomendarei esta unidade de saúde a conhecidos.	4.669	0.459
Q28. Vou tecer elogios sobre esta unidade de saúde a outras pessoas (família, amigos, conhecidos).	4.637	0.596
Q29. Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade de saúde.	4.690	0.481
Traços de personalidade		
Q31. Em termos de personalidade considero-me uma pessoa (indique o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5).		
31.1. Simpática;	4.593	0.559
31.2. Calorosa;	4.292	0.725
31.3. Agradável;	4.549	0.580
31.4. Cooperante;	4.619	0.537
31.5. Conversadora;	4.186	0.815
31.6. Extrovertida;	4.044	0.886
31.7. Ousada;	3.204	1.090
31.8. Energética;	4.239	0.444

Tabela 3 - Caracterização das variáveis em estudo

Fonte: elaboração própria

Olhando agora para os valores do desvio-padrão, o valor mais elevado foi observado na variável **Traços de Personalidade** na Q31.7 “Ousada” (1,090) e Q31.6 “Extrovertida” (0,886). Os valores mais baixos, verificaram-se na Q10. “Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos” (0,433) e Q.16 “Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado” (0,451), questões integrantes da variável: **Competência dos profissionais de saúde.**

3.3.3 Análise Fatorial

Este ponto está reservado para a análise fatorial, uma análise que consiste num conjunto de técnicas estatísticas usadas para encontrar correlações entre variáveis, de maneira a simplificar os dados através da redução do número de variáveis que as descrevem. (Pestana & Gageiro, 2005)

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise fatorial e os Anexos 3,4,5 mostram os resultados conseguidos com recurso ao software e estatística SmartPLS.

As variáveis apresentadas em seguida, são as usadas para aferir a qualidade da experiência das pacientes, sendo estas: espaço físico; interação com pessoal hospitalar (médicos, enfermeiros, auxiliares); comunicação e a competência dos profissionais de saúde.

Pretende-se ainda perceber se a variável qualidade influencia a satisfação e se a satisfação das pacientes influencia as suas intenções comportamentais em termos de resultados da experiência, falamos da lealdade e recomendação da organização de saúde.

A variável traços de personalidade, da qual fazem parte as características: simpática; calorosa; agradável; cooperante; conversadora, extrovertida, ousada e energética foi usada para perceber se existe impacto entre em estes traços de personalidade e a avaliação das dimensões da qualidade da experiência.

Para todas estas variáveis foi utilizada uma escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Discordo totalmente”, o 3 “Não concordo, nem discordo” e o 5 “Concordo totalmente”

Variável	Peso fatorial	T-value	Alfa de Cronbach	Média	Confiabilidade composta (CR)	Variância média extraída (AVE)
Espaço Físico						
Q1. O ambiente hospitalar é acolhedor e agradável.	0,669	10,949	0,666	4.673	0,799	49,87%
Q4. As salas de espera; enfermarias, salas de pré-operatório e pós-operatório são tranquilas, limpas e confortáveis.	0,674	8,701		4.469		

A qualidade em serviços aplicada ao setor da saúde

Q6. Nesta unidade de saúde existem todas as condições físicas para a receção de visitas (privacidade, cadeiras e espaço).	0,729	11,487		4.283		
Q17. A decoração da unidade de saúde é adequada.	0,749	12,738		4.434		

Interação com o pessoal prestador de serviço

Q2. O hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e atencioso.	0,606	7,311		4.628		
Q5. O pessoal hospitalar é cortês e paciente, disponibilizando o tempo suficiente para mim.	0,804	18,882	0,825	4.513	0,878	59,29%
Q7. O pessoal hospitalar tem a sensibilidade necessária para agir com os pacientes mediante o seu estado de saúde.	0,831	25,339		4.628		
Q8. Nesta unidade de saúde dão-me tratamento personalizado.	0,766	17,690		4.381		
Q19. O pessoal hospitalar é cuidadoso e empático.	0,811	19,587		4.593		

Comunicação

Q12. Durante a minha admissão, as minhas perguntas foram sempre respondidas e esclarecidas, diminuindo a minha ansiedade.	0,751	10,885	0,788	4.540	0,863	61,15%
Q15. O pessoal hospitalar comunica comigo e escuta o que tenho a dizer.	0,774	13,311		4.681		
Q22. O pessoal hospitalar esclarece-me de uma forma que eu consigo entender.	0,780	18,906		4.575		
Q23. O pessoal hospitalar informa-me de todos os procedimentos médicos a realizar.	0,822	20,265		4.602		

A qualidade em serviços aplicada ao setor da saúde

Competência dos profissionais de saúde						
Q3. Sinto confiança no pessoal hospitalar que me assiste.	0,871	29,715	0,839	4.699	0,892	67,50%
Q10. Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos.	0,776	13,558		4.752		
Q13. O pessoal hospitalar realiza as suas tarefas com competência.	0,797	20,145		4.681		
Q16. Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado.	0,839	19,790		4.717		
Satisfação						
Q14. Os meus sentimentos para com a unidade hospitalar são muito positivos.	0,775	18,404	0,810	4.491	0,875	63,68%
Q20. Sinto-me bem em vir para esta unidade de saúde para ser assistida.	0,810	17,520		4.690		
Q21. Sinto-me satisfeito(a) pois os resultados que motivaram a minha vinda a esta unidade de saúde são o melhor que poderia ser alcançado.	0,827	21,825		4.540		
Q30. No geral, estou satisfeito(a) com a unidade de saúde e com o serviço que presta.	0,778	13,997		4.717		
Qualidade da experiência						
Q11. Acredito que a unidade de saúde oferece um serviço que é superior em todos os sentidos.	0,743	13,208	0,881	4.389	0,919	74,10%
Q18. A qualidade global do serviço prestado por esta unidade de saúde é excelente.	0,861	33,783		4.451		
Q24. A qualidade do serviço prestado nesta unidade de saúde é impressionante.	0,914	51,833		4.319		
Q25. O serviço prestado por esta unidade de saúde é de	0,914	53,271		4.398		

alto padrão.						
Intenções comportamentais						
Q26. Caso seja novamente necessário, eu iria querer voltar a esta unidade de saúde.	0,886	30,476	0,908	4.664	0,936	78,41%
Q27. Recomendarei esta unidade de saúde a conhecidos.	0,885	31,070		4.669		
Q28. Vou tecer elogios sobre esta unidade de saúde a outras pessoas (família, amigos, conhecidos).	0,914	42,063		4.637		
Q29. Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade de saúde.	0,857	20,982		4.690		

Tabela 4- Análise fatorial

Fonte: elaboração própria

Verificando os pesos fatoriais ou *loadings*, que se relacionam com a definição da estrutura (Hair *et al.*, 2009), o peso fatorial mais elevado é de 0,914 verificado nas questões: Q28 “Vou tecer elogios sobre esta unidade de saúde a outras pessoas (família, amigos, conhecidos)”; Q25. “O serviço prestado por esta unidade de saúde é de alto padrão.”; e Q24. “A qualidade do serviço prestado nesta unidade de saúde é impressionante.”

A questão que verificou um peso fatorial mais reduzido foi a Q9 “As camas e aparelhos técnicos (ecografia; ultrassom, laboratórios) são suficientes e modernos.”, esta foi retirada da análise pois diminuía a consistência interna do fator Espaço Físico.

Olhando para as restantes questões, aquelas com um peso fatorial mais reduzido são a Q2. “O hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e atencioso.” (0,606); Q1. “O ambiente hospitalar é acolhedor e agradável.” (0,669) e Q4. “As salas de espera; enfermarias, salas de pré-operatório e pós-operatório são tranquilas, limpas e confortáveis.” (0,674)

A consistência interna dos itens que compõem os grupos de variáveis está assegurada pois os valores do Alfa de *Cronbach* que varia entre 0 e 1 (um), são

superiores a 0,6 (variam entre 0,666 e 0,908), assim como os valores da Confiabilidade Composta (CR) são significativos, variando entre 0,799 e 0,936.

Também os valores da Variância Média Extraída (AVE) estão dentro dos valores recomendados por Hair et al., (2010), sendo aproximadamente iguais ou superiores a 0,5 (variando entre 0,499 e 0,784).

3.3.4 Análise das Hipóteses: H1 a H3 – Modelo Estrutural

O modelo estrutural foi estimado através de *bootstrapping*, uma ferramenta de amostragem do SmartPLS que determina os coeficientes beta. Neste ponto serão apresentados os resultados obtidos para as Hipóteses 1, 2 e 3, a Hipótese 4 será tratada separadamente. Os resultados conseguidos apresentam-se na Figura 6, com os resultados da Estimação do modelo, que indica os trajetos entre variáveis e a sua significância estatística, assim como na Tabela 6.

Analisando os resultados para a Hipótese 1, apenas as variáveis Competência dos profissionais de saúde e Comunicação apresentam um valor de “p” (*P-value*) muito superior a 0,05, pelo que a relação destas variáveis com a avaliação da qualidade da experiência não é estatisticamente representativa.

No entanto, as restantes variáveis da Hipótese 1 (Espaço Físico e Interação com o pessoal prestador de serviços) encontram suporte estatístico positivo ($p < 0,00$) estando, portanto, relacionadas com a avaliação da qualidade global da experiência. (beta=0,385, $t=4,047$; beta=0,413, $t=3,507$, respetivamente). Todos os restantes trajetos são também estatisticamente significativos ($p < 0,00$), com o modelo estrutural explicando 69,28% da variância da qualidade global da experiência, 68,50% da Satisfação e 61,18% das Intenções Comportamentais (Lealdade e passa-a-palavra). (Figura 6)

A qualidade em serviços aplicada ao setor da saúde

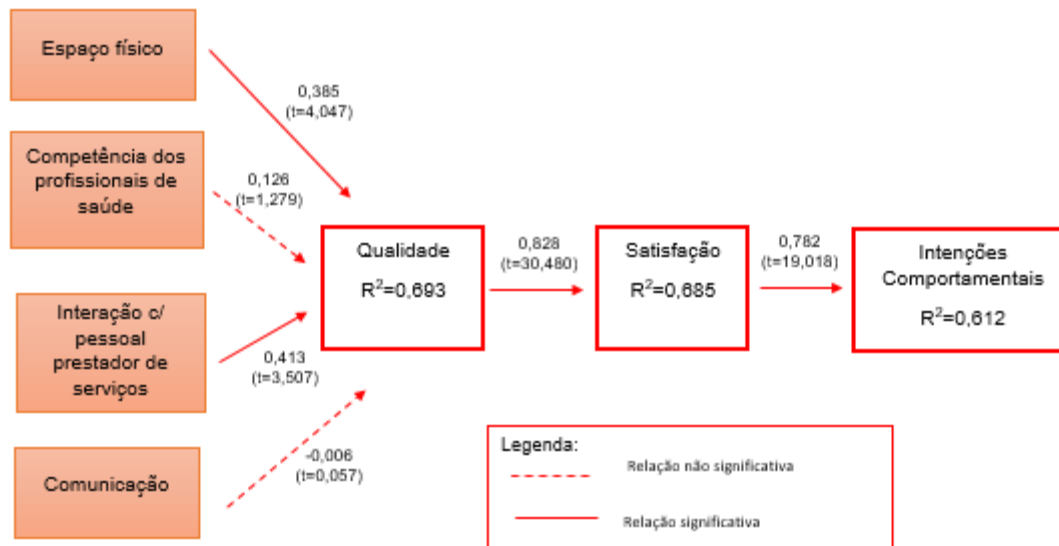


Figura 6- Análise de H1-H3: Resultados da estimação do modelo

Fonte: elaboração própria

A Hipótese 2 (A avaliação da qualidade global da experiência influencia a satisfação do paciente com a organização de saúde) encontra suporte estatístico positivo ($\beta=0,828$, $t=30,480$), assim como se verifica que a satisfação influencia positivamente a lealdade (atitude positiva e recomendação) à organização de saúde (H3) ($\beta=0,782$, $t=19,018$).

	Variáveis dependentes	Variáveis independentes	Coefficiente Beta	T-statistics	P-value	R Quadrado
H1	Qualidade	Competência	0,126	1,279	0,201	0,693
		Comunicação	-0,006	0,057	0,955	
		Espaço Físico	0,385	4,047	0,000	
		Interação com o pessoal prestador de serviço	0,413	3,507	0,000	
H2	Satisfação	Qualidade	0,828	30,480	0,000	0,685
H3	Intenções comportamentais (lealdade e WOM)	Satisfação	0,782	19,018	0,000	0,612

Tabela 5- Análise de H1-H3: Resultados da estimação via Bootstrapping

Fonte: elaboração própria

3.3.5 Hipótese 4 – Análise Multigrupo

Nesta secção pretende-se analisar a Hipótese 4 do modelo estrutural em que:

“Existem diferenças significativas no impacto das dimensões da qualidade da experiência em função dos traços de personalidade do paciente (afabilidade e extroversão)”, para tal, foi realizada uma análise multigrupo com recurso ao SmartPLS.

Para medir a Afabilidade foram consideradas as seguintes características: simpática, calorosa, agradável, cooperante e para a Extroversão: conversadora, extrovertida, ousada, energética. Foi pedido às inquiridas que se autoavaliassem (entre 1- Discordo Totalmente e 5- Concordo Totalmente) em relação a estes traços (Tabela 6). Tendo em conta a média das respostas, usou-se como referência valores $<$ e $>$ a 4 para construir os seguintes grupos: Muito Afáveis; Pouco Afáveis; Muito Extrovertidas e Pouco Extrovertidas.

Variáveis	Grupos construídos	Número de observações
Traços de personalidade: simpática; calorosa; agradável, cooperante	Muito afáveis	79
	Pouco afáveis	34
Traços personalidade: conversadora, extrovertida, ousada, energética	Muito extrovertidas	47
	Pouco extrovertidas	66

Tabela 6- Nº Observações por grupo

Fonte: elaboração própria

A análise multigrupo foi realizada para comparar diferenças entre tipos de personalidade. Foram estimados modelos separadamente para cada grupo e, em seguida, foi realizada uma comparação multigrupo para avaliar se os *path coefficients* de cada grupo diferem significativamente (Henseler et al., 2009; Sarstedt et al., 2011). Na análise à afabilidade o grupo 1 refere-se a "Muito Afáveis e o grupo 2 a "Pouco Afáveis ", para a extroversão, o grupo 1 refere-se a "Muito Extrovertidas" e o grupo 2 a "Pouco Extrovertidas". Os resultados da análise multigrupo para a afabilidade e para a extroversão são apresentados na Tabela 7 e 8.

Para a análise considera-se que para um nível de significância de 5%, rejeitamos a hipótese nula sempre que o *p-value* for inferior a 0,05 (Anexo 9).

Dimensão da qualidade da experiência	<i>Path coefficients</i> “Muito afáveis”	<i>Path coefficients</i> “Pouco afáveis”	<i>Path coefficient differences</i>	<i>P-value</i> (Muito afável vs. Pouco afável)
Espaço físico	0,439	0,238	0,201	0,292
Comunicação	-0,053	0,117	-0,170	0,467
Interação com o pessoal prestador de serviço	0,393	0,552	-0,159	0,565
Competência dos profissionais de saúde	0,123	0,060	0,063	0,793

Tabela 7- Análise Multigrupo da Afabilidade

Fonte: elaboração própria

Analisando os resultados para a afabilidade, e tendo em conta os valores dos *path coefficients* não existe nenhuma dimensão da qualidade da experiência que se destaque em nenhum dos grupos (Muito e Pouco afáveis), assim como, não se verificam diferenças significativas entre os grupos, portanto, o facto de uma paciente ser mais ou menos afável não tem impacto na avaliação das dimensões da qualidade da experiência.

Dimensão da qualidade da experiência	<i>Path coefficients</i> “Muito extrovertidas”	<i>Path coefficients</i> “Pouco extrovertidas”	<i>Path coefficient differences</i>	<i>P-value</i> (Muito extrovertidas vs. Pouco extrovertidas)
Espaço físico	0,697	0,207	0,490	0,003
Comunicação	-0,019	0,008	-0,026	0,895
Interação com o pessoal prestador de serviço	0,079	0,628	-0,550	0,012
Competência dos profissionais de saúde	0,195	0,059	0,136	0,497

Tabela 8-Análise Multigrupo da Extroversão

Fonte: elaboração própria

Olhando para os resultados da extroversão, aqui encontrámos diferenças entre grupos.

Antes de mais, a comunicação e a competência dos profissionais de saúde, à semelhança do que aconteceu na Hipótese 1, também aqui são *paths* não significativos em ambos os grupos e não se verificam diferenças significativas. Assim sendo, o espaço físico tem maior impacto na avaliação da qualidade da experiência, para o grupo das “Muito Extrovertidas” ($0.697 > 0.207 (+0.49)$; $p=0.003 < 0.05$). Por outro lado, a interação com o pessoal prestador de serviço tem menor impacto na avaliação da qualidade da experiência para o grupo das “Muito extrovertidas” ($0.079 < 0.628 (-0.55)$; $p=0.012 < 0.05$).

Em síntese, verifica-se que o facto de uma paciente ser mais ou menos afável, não tem impacto na avaliação das dimensões da qualidade da experiência em estudo, por outro lado, o facto de uma paciente ser mais extrovertida tem impacto na forma como vai avaliar as dimensões do espaço físico. As restantes dimensões da qualidade da experiência no que concerne à análise da extroversão não apresentam *paths* nem diferenças significativas.

3.4. Discussão dos Resultados

O presente estudo tem como objetivo apresentar um modelo que seja capaz de avaliar a qualidade da experiência de pacientes em regime de internamento, tendo em conta o espaço físico; interação com o pessoal hospitalar; comunicação com o pessoal hospitalar e competência dos profissionais de saúde. Assim como, aferir o impacto da qualidade da experiência na satisfação da mesma, e ainda, verificar o impacto dos traços de personalidade afabilidade e extroversão na qualidade da experiência.

Procurou-se ainda, verificar quais os resultados da avaliação da qualidade da experiência em termos de lealdade e recomendação da unidade de saúde.

Na Tabela 9 é possível verificar o resultado das Hipóteses formuladas, em que se confirmaram totalmente as Hipóteses 2 e 3 e parcialmente, as Hipóteses 1 e 4.

	Hipóteses em Estudo	Resultado
H1	As dimensões da experiência, ambiente do espaço físico; interações com os profissionais de saúde; comunicação/transmissão de informação pela organização de saúde; competência demonstrada pelos profissionais de saúde influenciam a avaliação da qualidade global da experiência.	Parcialmente confirmada
H2	A avaliação da qualidade global da experiência influencia a satisfação do paciente com a organização de saúde	Confirmada
H3	A satisfação do paciente influencia a sua lealdade (atitude positiva e recomendação) à organização de saúde.	Confirmada
H4	Existem diferenças significativas no impacto das dimensões da qualidade da experiência em função dos traços de personalidade do paciente (afabilidade e extroversão).	Parcialmente confirmada

Tabela 9- Resultados das Hipóteses em Estudo

Fonte: elaboração própria

Relativamente à Hipótese 1 que postulava que **“As dimensões da experiência, ambiente do espaço físico; interações com os profissionais de saúde; comunicação/transmissão de informação pela organização de saúde; competência demonstrada pelos profissionais de saúde influenciam a avaliação da qualidade global da experiência.”**, esta foi parcialmente confirmada pois as dimensões competência dos profissionais de saúde e comunicação, não encontraram suporte estatístico representativo. Validou-se, portanto, que o espaço físico e a interação com os profissionais de saúde contribuem positivamente para a avaliação da qualidade da experiência.

No que concerne à dimensão espaço físico esta mostra-se importante para que uma experiência seja positiva. A média mais elevada (4.673) foi observada na “Q1 O ambiente hospitalar é acolhedor e agradável.” Como referia Andaleeb (1998), a evidência física de que o hospital fornecerá serviços satisfatórios é importante para os

julgamentos de satisfação do paciente, como a limpeza das instalações, a disponibilidade de equipamentos modernos e uma sensação geral de que as instalações estão em bom estado de conservação pode aumentar a satisfação do paciente. A configuração física na qual os serviços são fornecidos está relacionada com a percepção de qualidade do paciente em relação às instalações físicas do hospital. (Duggirala et al., 2008)

Na dimensão interação com o pessoal prestador de serviços a maior média foi de 4.628, verificada nas “Q2. O hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e atencioso” e “Q7. O pessoal hospitalar tem a sensibilidade necessária para agir com os pacientes mediante o seu estado de saúde.” A atitude do pessoal prestador de serviços tem um impacto significativo na satisfação. A maneira como o pessoal de saúde interage com os pacientes e a sensibilidade que tem para a experiência pessoal do paciente são importantes para a satisfação. (Andaleeb,1988).

A dimensão comunicação apresenta um valor de “p” (P-value) muito superior a 0,0 ($p=0,955$) (Tabela 5), pelo que a relação desta variável com a avaliação da qualidade da experiência não é estatisticamente representativa, o mesmo acontece como a dimensão competência dos profissionais de saúde ($p=0,201$).

De forma a compreender estes resultados pode recorrer-se à teoria de dois fatores (motivação-higiene) de Herzberg (1967).

Um conjunto de fatores, chamado de “*satisfiers*” (satisfatórios) ou “*motivators*” (motivadores), resulta em satisfação quando presentes adequadamente. O outro conjunto, rotulado como “*dissatisfiers*” (insatisfatórios) ou “fatores de higiene”, causa insatisfação quando deficiente. (DeShield et al.,2005)

Os motivadores são tipicamente fatores intrínsecos: fazem parte do conteúdo do trabalho e são amplamente administrados pelo empregado ou (neste caso) pelo profissional de saúde. Os fatores de higiene são fatores extrínsecos e estão sob o controlo do supervisor ou alguém que não seja o empregado ou paciente. Assim sendo, há fatores que são considerados como garantidos à partida pelos consumidores (neste caso pacientes), logo a sua presença não tem grande impacto na qualidade e na satisfação, apenas têm impacto quando ausentes, são estes os “*dissatisfiers*”, que, no presente estudo, são os fatores comunicação e competência da interação dos profissionais, que não sendo significativos, são tidos como garantidos,

pelo que a sua ausência poderia levar à insatisfação, mas a sua presença não leva à satisfação. (Herzberg et al., 1967)

Por outro lado, as dimensões espaço físico, e interação com os profissionais de saúde são considerados os “*satisfiers*”, são fatores intrínsecos, fazem parte do conteúdo do trabalho e são administrados pelo profissional de saúde (no caso da interação) e pela unidade de saúde (no caso do espaço físico) (DeShield *et al.*, 2005).

Isto não era algo que as pacientes dessem por adquirido e a sua presença impactou muito a avaliação que fazem da experiência, confirma-se, portanto, que os elementos físicos do serviço são determinantes para a obtenção de experiências favoráveis. (Edvardsson *et al.*, 2005) e a atitude do pessoal prestador de serviços, isto é a maneira como o pessoal de saúde interage com os pacientes e a sensibilidade que demonstra, tem um impacto significativo na satisfação. (Andaleeb, 1988).

A Hipótese 2, refere que **“A avaliação da qualidade global da experiência influencia a satisfação do paciente com a organização de saúde”**, esta afirmação veio a confirmar-se, a satisfação é a avaliação da experiência, é um sentimento amplo que é afetado pelo serviço (Liu *et. al.*, 2011), se a qualidade for percecionada como positiva a satisfação também o será, por outro lado, se a qualidade da experiência for percecionada como negativa a tendência é para que o paciente fique insatisfeito. (Naidu, 2009). Na dimensão satisfação, a maior média verificou-se na Q30 “No geral, estou satisfeito(a) com a unidade de saúde e com o serviço que presta” (4,717) e na dimensão qualidade a maior média 4,451 verificou-se na Q18. “A qualidade global do serviço prestado por esta unidade de saúde é excelente.”

Quanto a Hipótese 3: **“A satisfação do paciente influencia a sua lealdade (atitude positiva e recomendação) à organização de saúde”**, esta também se veio a confirmar. A maior média verificada no que concerne às intenções comportamentais de lealdade e *word-of mouth* observou-se na Q29. “Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade de saúde” (4,690). A satisfação é um dos antecedentes de fidelização do paciente (Liu *et. al.*, 2011). Pacientes satisfeitos são suscetíveis de apresentar intenções favoráveis (Reichheld & Sasser, 1990), que se materializam em não querer mudar de unidade de saúde, ou querer voltar à mesma unidade caso necessário (lealdade) e na recomendação do serviço. O facto do paciente avaliar positivamente a experiência contribuirá para passar uma mensagem positiva em

relação ao hospital e para recomendar a unidade hospitalar a outros (Ferguson et al., 2010).

Finalmente a Hipótese 4, que afirma que **“Existem diferenças significativas no impacto da avaliação das dimensões da qualidade da experiência em função dos traços de personalidade do paciente (afabilidade e extroversão)”**, apenas foi confirmada parcialmente.

Na análise da afabilidade, nenhuma dimensão da qualidade da experiência se destacou, nem no grupo das “Muito afáveis”, nem no grupo das “Pouco afáveis”, do mesmo modo, não se verificaram diferenças entre os grupos, portanto, conclui-se que a afabilidade não tem impacto na avaliação das dimensões da qualidade da experiência.

O espaço físico tem maior impacto na avaliação da qualidade da experiência, para o grupo das “Muito Extrovertidas”, por outro lado, a interação com o pessoal prestador de serviços tem menor impacto na avaliação da qualidade da experiência para o grupo das “Muito extrovertidas”.

Pouco se sabe se os aspetos atmosféricos podem incitar ou inibir clientes introvertidos e extrovertidos (Zourrig & Chebat, 2009). Alguns estudos na área do turismo concluem que as experiências estéticas levam a uma maior satisfação para os extrovertidos (Bujisic et al., 2015) e que os consumidores mais expansivos são mais atraídos pela atmosfera e pelo ambiente mais amplo da atração turística. A extroversão é caracterizada por uma relação com o mundo externo, pois os extrovertidos preferem o mundo exterior das pessoas e das coisas sendo orientados externamente, enquanto os introvertidos desfrutam do mundo interior dos conceitos e ideias e são, portanto, orientados internamente (Zourrig & Chebat, 2009).

Transpondo estas informações para o presente estudo, é compreensível o facto do grupo das pacientes “Muito Extrovertidas” ter maior impacto na dimensão do espaço físico, até porque os introvertidos, ou pessoas que demonstrem pouca sociabilidade, não necessitam de altos níveis de estimulação externa (Hills & Argyle, 2001)

No que respeita à interação com o pessoal prestador de serviços, o resultado contraria o esperado. Um paciente com altos níveis de sociabilidade, provavelmente

avaliará a interação social como um ingrediente chave na formação de percepções relativamente à forma como é tratado e ao julgamento dos prestadores de serviços, ao avaliar a experiência do serviço de saúde (Spake & Megehee, 2010). Pacientes extrovertidos tendem a mostrar uma maior necessidade de informação e apoio emocional dos profissionais de saúde que cuidam deles. Aqueles mais extrovertidos precisam de ter pessoas para conversar e envolvem-se num maior número de interações sociais (Hills e Argyle, 2001). Neste contexto, pode aplicar-se a Teoria de Herzog: sendo otimistas e extrovertidas, as pacientes quase dão por garantido que as interações correm bem (até porque elas próprias contribuem para isso). Só no caso das interações correrem mal é que se verificaria um impacto negativo. Assim, se os profissionais de saúde não estiverem dispostos ou capazes de interagir socialmente com um paciente de alta sociabilidade, é provável que esses pacientes formem percepções negativas em relação ao prestador de serviços e à qualidade do mesmo. (Spake & Megehee, 2010). Quanto aos introvertidos, estes têm pouca confiança nas suas capacidades sociais e não dão como garantido que as interações corram positivamente, assim sendo, quando essas interações correm bem contribuem para uma maior satisfação.

4. Conclusões

O propósito deste trabalho de investigação relaciona-se com a validação de um modelo de avaliação da qualidade da experiência em serviços de saúde, para isso, foram selecionadas algumas dimensões de qualidade da experiência para testar (espaço físico, competência dos profissionais de saúde; interação com os profissionais de saúde e comunicação). Pretendeu-se também, aferir se a forma como a experiência é percebida influencia a satisfação e ainda de que forma a avaliação da qualidade da experiência influencia a lealdade e recomendação da unidade de saúde. Para completar o estudo, verificou-se a o impacto dos traços de personalidade afabilidade e extroversão na avaliação da qualidade da experiência.

O tema da experiência tem vindo a ser estudado sobretudo no que concerne ao setor do lazer (Dube & Helkkula, 2015; Frow *et al.*, 2014; Jaakkola *et al.*, 2015), isto é, serviços de carácter experiencial, que são capazes de oferecer experiências “extraordinárias e memoráveis” (Apramey & Helkkula, 2015; Pine & Gilmore, 1998), deixando de parte os serviços com uma vertente mais funcional (Carù & Cova, 2003), pelo que, o presente estudo que associa a experiência ao setor da saúde é um contributo valioso.

Também a personalidade do cliente tem sido pouco estudada, a literatura tem-se centrado mais na personalidade do ponto de vista dos prestadores de serviço. Isto é especialmente verdade em serviços de saúde (Spake & Megehee, 2010), onde pode parecer um pouco contraditório, dada a importância do paciente na cocriação e participação no serviço. Olhando para estudos anteriores, estes não têm considerado os diversos traços de personalidade e o seu impacto nas interações e experiência de serviço, daí a importância para a literatura deste estudo.

Com recurso ao SmartPLS foi possível testar o modelo estrutural, a partir das respostas ao questionário conseguidas nas unidades de obstetrícia e ginecologia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

Os resultados mostraram que o espaço físico e a interação com o pessoal prestador do serviço influenciam a avaliação da qualidade da experiência. Por outro lado, a comunicação entre o pessoal prestador de serviço e pacientes e a competência dos profissionais de saúde não têm influencia significativa na avaliação da qualidade da experiência. Este resultado mostrou-se surpreendente, no entanto é explicável

tendo em conta a teoria de Herzberg (1967) pois são fatores tidos como garantidos, é expectável que os profissionais de saúde sejam competentes e claro que se espera que os profissionais de saúde informem dos procedimentos a que os pacientes vão ser submetidos.

A satisfação é uma forma de avaliação da qualidade da experiência e estas duas dimensões estão relacionadas, o mesmo acontece com a relação entre a satisfação e intenção de recomendar a instituição. O facto de o paciente avaliar positivamente a experiência contribuirá para passar uma mensagem positiva e para não querer mudar de unidade de saúde ou em caso de necessidade, querer voltar.

Quanto ao impacto dos traços de personalidade na avaliação da qualidade da experiência foi possível verificar que a afabilidade não tem impacto, por outro lado, o facto de uma paciente ser mais extrovertida tem impacto na forma como vai avaliar as dimensões do espaço físico e interação com os profissionais de saúde.

Com este estudo, pretendeu-se contribuir para colmatar um gap a nível da literatura, com implicações para a gestão de serviços, nomeadamente para a gestão hospitalar, através da análise do ponto de vista dos pacientes em relação à vivência hospitalar.

4.1 Contribuições e Implicações para a Gestão

O modelo proposto constitui uma ferramenta de medição da experiência do paciente em serviços de saúde, o modelo pode ser usado para que a gestão desenvolva estratégias mais adequadas de forma a que a experiência hospitalar seja cada vez mais positiva.

Esta pesquisa pode ter implicações diretas para os prestadores de serviços de saúde que serão incentivados a monitorizar regularmente a qualidade dos cuidados de saúde e, conseqüentemente, iniciar melhorias na prestação de serviços para manter níveis elevados de satisfação do paciente. Concretamente, esta investigação enfatiza a necessidade de manter instalações de alto padrão e trabalhar em estreita colaboração com o pessoal prestador de serviços, a fim de encontrar formas de aperfeiçoar a relação com os pacientes. O presente estudo alerta ainda para a necessidade dos profissionais de saúde gerirem com sucesso as interações com os pacientes, adaptando-se ao seu estilo de vida, não considerando apenas os aspetos

sociodemográficos e médicos, mas considerando também, as variáveis de personalidade. Como alerta Locke (1996), os médicos e restantes profissionais de saúde são encorajados a avaliar o estilo social do paciente, em particular, devem estar atentos aos pacientes que não tentam iniciar conversas (introvertidos) e entender que, para esses pacientes, as interações bem-sucedidas podem ser um requisito para um compromisso a longo prazo com prestador de serviço.

Concluindo, este estudo permitirá compreender melhor a experiência em saúde e intervir de forma a melhorar a qualidade da mesma.

4.2 Limitações e Questões de Investigação Futura

Esta investigação, apresenta algumas limitações.

A amostra é reduzida e está circunscrita ao sexo feminino, daí que seria interessante estender um estudo aos dois géneros de uma forma comparativa. O estudo foi realizado numa unidade hospitalar específica, num único país e centra-se na perceção da experiência num serviço específico, a saúde, pelo que a sua generalização a outros setores poderá não ser possível. Nesta ótica, poderia ser interessante validar os resultados noutros países assim como fazer a comparação entre unidades de saúde públicas e privadas, pois este estudo foi realizado numa unidade de saúde pública. Um fator a ter em conta é que as pacientes fazem parte da experiência porque é necessário, por questões de saúde, e não porque escolheram.

Outras variáveis da dimensão da qualidade da experiência poderiam ter sido acrescentadas e/ou consideradas no modelo aqui proposto, assim como outros traços de personalidade, pois, de acordo com as informações de Ferguson et al. (2010), só traços relacionados com a sociabilidade (afabilidade e extroversão) foram considerados. No entanto, uma personalidade pode ser caracterizada por 5 grandes traços que são (para além da afabilidade e extroversão) a transparência, consciencioso e neuroticismo, que futuros estudos poderão considerar.

Poucas inquiridas podem ser caracterizados como tendo baixa sociabilidade, conforme medido na escala utilizada neste estudo, o que levou a adotar um critério algo restrito na realização da análise multigrupo, por este motivo, pesquisas com mais pacientes de baixa sociabilidade são recomendadas.

Seria também interessante fazer uma comparação entre a perspectiva da unidade hospitalar em relação à experiência que proporcionam aos seus pacientes e a percepção da experiência dos pacientes.

Uma outra pesquisa futura poderia introduzir a variável tempo de relacionamento com a unidade hospitalar como um fator influenciador na avaliação da experiência do paciente.

Referências Bibliográficas

- Andaleeb, S. (1988). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11 (6), pp. 181-7.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., ... & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554.
- Alomaim, N., Zihni Tunca, M., & Zairi, M. (2003). Customer satisfaction virtual organizations. *Management Decision*, 41(7), pp. 666-670.
- Alrubaiee, L., & Alkaa'ida, F. (2011). The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality–patient trust relationship. *International Journal of Marketing Studies*, 3(1), 103.
- Arndt, J. (1967). Role of Product-Related Conversations in the Diffusion of a New Product. *Journal of Marketing Research*, 4(3), pp. 291-295. doi:10.2307/3149462
- Baines, T.S. et al. (2007). State-of-the-art in product-service systems. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers – Part B – Engineering Manufacture (Professional Engineering Publishing)*, Vol. 221(10), pp. 1543–1552.
- Bendapudi, N., & Berry, L. L. (1997). Customers' motivations for maintaining relationships with service providers. *Journal of Retailing*, Vol. 73(1), pp. 15-37. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359\(97\)90013-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(97)90013-0)
- Black, N., Varaganum, M., & Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2013.
- Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees. *The Journal of Marketing*, pp. 57-71.
- Bolton, N. R., Anders, G., Janet, M.-K., Nancy, J. S., & David, K. T. (2014). Small details that make big differences: A radical approach to consumption experience as a firm's differentiating strategy. *Journal of Service Management*, Vol. 25(2), pp. 253-274. doi:10.1108/JOSM-01-2014-0034
- Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M (2003) Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*, Vol. 81, pp. 116–122
- Bontis, N., Booker, L. D., e Serenko, A. (2007). The mediating effect of organizational reputation on customer loyalty and service recommendation in the banking industry. *Management Decision*, Vol. 45(9), pp. 1426-1445.
- Boshoff, C. & Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, Vol. 35 (4), pp. 27-37.

Brady, M.K., & Cronin, J.J. Jr. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, Vol. 65, pp. 34-49.

Bruhn, M., & Grund, M. A. (2000). Theory, development and implementation of national customer satisfaction indices: the Swiss Index of Customer Satisfaction (SWICS). *Total Quality Management*, 11(7), pp. 1017-1028.

Bujisic, M., Bilgihan, A., & Smith, S. (2015). Relationship between guest experience, personality characteristics, and satisfaction: Moderating effect of extraversion and openness to experience. *Tourism Analysis*, 20(1), 25-38.

Carbone, L. P., & Haeckel, S. H. (1994). Engineering Customer Experiences. *Marketing Management*, Vol. 3(3), pp. 8-19.

Carù, A., e Cova, B. (2003). Revisiting Consumption Experience: A More Humble but Complete View of the Concept. *Marketing Theory*, Vol. 3(2), pp. 267-286.

Centro Hospitalar do Porto. Disponível em: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A&und=jd>. Acesso em: 31 de agosto 2017

Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), pp. 123-142.

DeShields Jr, O. W., Kara, A., & Kaynak, E. (2005). Determinants of business student satisfaction and retention in higher education: applying Herzberg's two-factor theory. *International journal of educational management*, 19(2), 128-139.

Ditto, P.H., Moore, K.A., Hilton, J.L. and Kalish, J.R. (1995). Beliefs about physicians: their role in health care utilization, satisfaction and compliance. *Basic and Applied Social Psychology*, Vol. 17 (1&2), pp. 23-48.

Donabedian A (1980) Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessments, vol 1. Health Administration Press, Ann Arbor

Dube, A., & Hellkula, A. (2015). Service experiences beyond the direct use: indirect customer use experiences of smartphone apps. *Journal of Service Management*, 26(2), pp. 224-248. doi:10.1108/JOSM-11-2014-0308

Duggirala, M., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, Vol.15(5), pp. 560-583.

Edvardsson, B., Enquist, B., e Johnston, R. (2005). Cocreating customer value through hyperreality in the prepurchase service experience. *Journal of Service Research*, Vol. 8(2), pp. 149-161.

Ferguson, J. R., Michèle, P., & Jasmin, B. (2010). Customer sociability and the total service experience: Antecedents of positive word-of-mouth intentions. *Journal of Service Management*, Vol. 21(1), pp. 25-44. doi:10.1108/09564231011025100

Fornell, C. e B. Wernerfelt (1987), Defensive Marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis, *Journal of Marketing Research*, Vol. 24, 337-346;

Frohna, J. G., Frohna, A., Gahagan, S., & Anderson, R. M. (2001). Tips for communicating with patients in managed care. *Seminars in medical practice*. Vol. 4 (2), pp. 29-36).

- Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(3), 338-356. doi:10.1007/s11747-012-0307-4
- Gentile, C., Spiller, N., e Noci, G. (2007). How to Sustain the Customer Experience: An Overview of Experience Components that Co-create Value With the Customer. *European Management Journal*, Vol. 25(5), pp. 395-410.
- Gronroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, Vol. 20(4), pp. 298-314.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman Editora.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., (2010). *Multivariate Data Analysis*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ
- Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, Vol. 17(1), pp. 90-107. doi:10.1080/14719037.2014.881539
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. In *New challenges to international marketing* (pp. 277-319). Emerald Group Publishing Limited.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B.B. (1967), *The Motivation to Work*, 2nd ed., Wiley, New York, NY.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Happiness, introversion–extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 595-608.
- Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun. *Journal of Consumer Research*, Vol. 9(2), pp. 132.
- Hosany, S., Witham, M. (2010). Dimensions of Cruisers' Experiences, Satisfaction, and Intention to Recommend. *JOURNAL OF TRAVEL RESEARCH*, Vol. 49(3), pp. 351-364.
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*, 11(4), pp. 335-339.
- Kane, R. L., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med. Care*, 35, pp. 714-730.
- Kong, R. J. X. (2011). The customer experience: a road-map for improvement. *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. Vol. 21(Iss 1), pp. 5 - 24.
- Knutson, J. B. & Beck, A. J. (2004). Identifying the Dimensions of the Experience Construct: Development of the Model. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, Vol. 4, Nº 3-4, pp. 23-35.
- Lehtinen, U. & Lehtinen, J.R. (1982). *Service quality: a study of quality dimensions*, unpublished research report, Science Management Group, Helsinki.
- Lee, D. (2016). *HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality*. *Service Business*, pp. 1-26.

- Liu, C. T., Guo, Y. M., & Lee, C. H. (2011). The effects of relationship quality and switching barriers on customer loyalty. *International Journal of Information Management*, 31(1), 71-79.
- Locke, K. (1996). A funny thing happened! The management of consumer emotions in service encounters. *Organization Science*, Vol. 7 No. 1, pp. 40-59
- Lovelock, C. H. (1983). Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. *Journal of Marketing*, Vol. 47(3), pp. 9-20. doi:10.2307/1251193
- Lovelock, C. H., & Wirtz, J. (2007). *Services Marketing: People, Technology, Strategy* (6ª Ed.): Pearson/Prentice Hall.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Malhotra, N. (2007). *Marketing Research. An Applied Orientation* (5th Edition), New Jersey: Prentice Hall International Editions;
- Malhotra, N. K., e Birks, D. F. (2007). *Marketing research: An applied approach*. Pearson Education;
- Maklan, S., & Klaus, P. (2011). Customer experience: are we measuring the right things?. *International Journal of Market Research*, 53(6), pp. 771-792.
- Manthiou, A., Lee, S., Tang, L., e Chiang, L. (2014). The experience economy approach to festival marketing: Vivid memory and attendee loyalty. *Journal of Services Marketing*, Vol. 28(1), pp. 22-35.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, (5ª edição), Report Number.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 65-90.
- McColl-Kennedy, J. R., Gustafsson, A., Jaakkola, E., Klaus, P., Radnor, Z. J., Perks, H., & Friman, M. (2015). Fresh perspectives on customer experience. *Journal of Services Marketing*, Vol. 29(6/7), pp. 430-435.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargos S. L., Dagger T.S., Sweeney, J.C., Kasteren Y. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*.doi: 10.1177/1094670512442806
- McDougall, Gordon H. & Terrence J. Levesque (1994). A Revised View of Service Quality Dimensions: An Empirical Investigation, *Journal of Professional Service Marketing*, 11 (1), pp. 189-209.
- Mowen J, Licata J, Mcphail J (1993). Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health Care Mark* Vol.13, pp. 26–33
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*, Vol.22(4), pp.366-381.
- Oliver, R. L., Rust, R. T., & Varki, S. (1997). Customer delight: Foundations, findings, & managerial insight. *Journal of Retailing*, Vol. 73(3), pp. 311-336. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(97)90021-X
- Pakdil, F., & Harwood, T. (2005). Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions. *Total Quality Management*, Vol. 16 (1), pp. 15–30.

- Pareigis, J., Echeverri, P., & Edvardsson, B. (2012). Exploring internal mechanisms forming customer servicescape experiences. *Journal of Service Management*, Vol. 23(5), pp. 677-695.
- Peyrot M, Cooper P, Schnapt D (1993) Consumer satisfaction & perceived quality of outpatient health services. *J Health Care Mark* Vol.13, pp.24–33.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª ed.): Sílabo*.
- Pine, & Gilmore. (1998). Welcome to the Experience Economy. *Harvard Business Review*, Vol. 76(4), pp. 97-105.
- Prahalad, C. K., e Ramaswamy, V. (2004). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing*, Vol. 18(3), pp. 5-14.
- Raposo, M. L., Alves, H. M., & Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality & satisfaction in healthcare: a patient's satisfaction index. *Service Business*, 3(1), pp. 85-100.
- Radnor, Z., & Johnston, R. (2013). Lean in UK Government: internal efficiency or customer service? *Production Planning & Control*, Vol. 24(10-11), pp. 903-915. doi:10.1080/09537287.2012.666899
- Reichheld, F. F., & Sasser, W. E. (1990). Zero Defections: Quality Comes To Services.
- Reimer, A., & Kuehn, R. (2005). The impact of servicescape on quality perception. *European Journal of Marketing*, Vol. 39(7/8), pp. 785-808.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2008). The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International journal of health care quality assurance*, Vol.21(1), pp.104-124.
- Shaw, C. & Ivins, J. (2002). *Building Great Customer Experiences*. Palgrave, London.
- Sarstedt, M., Henseler, J., & Ringle, C. M. (2011). Multigroup analysis in partial least squares (PLS) path modeling: Alternative methods and empirical results. In *Measurement and research methods in international marketing* (pp. 195-218). Emerald Group Publishing Limited.
- Sharma, N., & Patterson, P. G. (1999). The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, professional services. *Journal of services marketing*, 13(2), pp. 151-170.
- Slåtten, T., Mehmetoglu, M., Svensson, G., e Sværi, S. (2009). Atmospheric experiences that emotionally touch customers. *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 19(6), pp. 721-746.
- Spake, F.D., & Megehee, M. C. (2010). Consumer sociability & service provider expertise influence on service relationship success. *Journal of Services Marketing*, Vol. 24(4), pp.314-324. doi:10.1108/08876041011053024
- Taylor, S. A., & Cronin Jr, J. J. (1994). Modeling patient satisfaction & service quality. *Marketing Health Services*, 14(1), pp.34.
- Tynan, Caroline & McKechnie, Sally (2009). Experience marketing: a review & Reassessment. *Journal of Marketing Management*, Vol. 25, nº 5 e 6, pp. 501-517.
- Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., & Schlesinger, L. A. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics & Management Strategies. *Journal of Retailing*, Vol.85(1), pp.31-41. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jretai.2008.11.001

Westbrook, R. A. (1987). Product/consumption-based affective responses & postpurchase processes. *Journal of marketing research*, pp. 258-270.

Wilton P, Nicosia F (1986). Emerging paradigms for the study of consumer satisfaction. *Eur Res* Vol. 14(1), pp. 4–11

Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2008). *Services marketing*. New York: McGraw-Hill.

Zineldin, M. (2006). The quality of health care & patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Q model at some Egyptian & Jordanian medical clinics. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 19 (1), pp. 60-92.

Zourrig, H., & Chebat, J. C. (2009). Waiting in a queue with strangers and acquaintances: An integrative model of customer-to-customer interactions effect on waiting time evaluation. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1(2), 145-159.

Anexos

Anexo 1 – Termo de Consentimento Informado



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TRABALHO ACADÉMICO DE INVESTIGAÇÃO

“A EXPERIÊNCIA EM SERVIÇOS APLICADA AO SECTOR DA SAÚDE”

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO):

Fui informado de que o Trabalho Académico de Investigação acima mencionado se destina à realização de uma Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços da Faculdade de Economia do Porto, com o objetivo de avaliar a experiência em serviços de saúde do ponto de vista do paciente.

Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Concordo responder ao questionário que faz parte deste estudo. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

Data

Assinatura

__/__/__

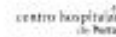
Isabel de Fátima Falcão Gonçalves

Data

Assinatura

__/__/__

Anexo 2 – Autorização para o Estudo



Exma. Sra. Dra. Isabel Gonçalves
Aluna da Faculdade de Economia
Universidade do Porto

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - "A experiência em serviços aplicada ao sector da saúde" -
Nº REF.º 2017.092(083-DEFI/081-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Serviço de Obstetria - CMIN desta Instituição e tendo como Investigador Principal, a Dra. Isabel Gonçalves.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
02/08/2018
Dr. PAULO BARBOSA
Presidente
Prof. Doutor JOSE BARRIOS
Delegado
Dr.ª ELIA GOMES
Delegada
Dr.ª MARIA CRISTINA
Delegada
Dr.ª EDUARDO ALVES
Presidente

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.

Anexo 3– Inquérito por Questionário

A experiência do paciente em serviços de saúde

O presente questionário é realizado no âmbito da conclusão da dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços, lecionado na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

O objetivo é analisar a experiência da vivência hospitalar dos utentes do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) no serviço de Obstetrícia. Este questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão usadas exclusivamente para fins científicos. A sua resposta pessoal e sincera é muito importante.

A resposta a este questionário tem duração aproximada de 6 minutos.
Obrigada pela sua colaboração!

Responda tendo em conta esta unidade de saúde e a situação que motivou a sua vinda a esta instituição.

Por favor responda a cada uma das questões posicionando-se entre 1 (caso discorde totalmente) até 5 (caso concorde totalmente).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Resposta:

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. O ambiente hospitalar é acolhedor e agradável. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 2. O pessoal hospitalar (médicos, enfermeiros e auxiliares) é simpático e atencioso. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 3. Sinto confiança no pessoal hospitalar que me assiste. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 4. As salas de espera; enfermarias salas de pré-operatório e pós-operatório são tranquilas limpas e confortáveis. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 5. O pessoal hospitalar é cortês e paciente, disponibilizando o tempo suficiente para mim. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 6. Nesta unidade de saúde existem todas as condições físicas para a receção de visitas (privacidade, cadeiras e espaço). | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 7. O pessoal hospitalar tem a sensibilidade necessária para agir com os pacientes mediante o seu estado de saúde. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 8. Nesta unidade de saúde dão-me tratamento personalizado. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 9. As camas e aparelhos técnicos (ecografia; ultrassom, laboratórios) são suficientes e modernos. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 10. Sinto-me bem com a qualidade dos cuidados recebidos. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 11. Acredito que a unidade de saúde oferece um serviço que é superior em todos os sentidos. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 12. Durante a minha admissão, as minhas perguntas foram sempre respondidas e esclarecidas, diminuindo a minha ansiedade. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 13. O pessoal hospitalar realiza as suas tarefas com competência. | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

14. Os meus sentimentos para com a unidade hospitalar são muito positivos.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
15. O pessoal hospitalar comunica comigo e escuta o que tenho a dizer.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
16. Eu acredito que o pessoal hospitalar é altamente qualificado.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
17. A decoração da unidade de saúde é adequada.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
18. A qualidade global do serviço prestado por esta unidade de saúde é excelente.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
19. O pessoal hospitalar é cuidadoso e empático.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
20. Sinto-me bem em vir para esta unidade de saúde para ser assistida.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
21. Sinto-me satisfeito(a) pois os resultados que motivaram a minha vinda a esta unidade de saúde são o melhor que poderia ser alcançado.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
22. O pessoal hospitalar informa-me de todos os procedimentos médicos a realizar.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
23. O pessoal hospitalar esclarece-me de uma forma que eu consigo entender.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
24. A qualidade do serviço prestado nesta unidade de saúde é impressionante.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
25. O serviço prestado por esta unidade de saúde é de alto padrão.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
26. Caso seja novamente necessário, eu iria querer voltar a esta unidade de saúde.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
27. Recomendarei esta unidade de saúde a conhecidos.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
28. Vou fazer elogios sobre esta unidade de saúde a outras pessoas. (família, amigos, conhecidos).	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
29. Não tenho nenhum desejo de mudar de unidade de saúde.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
30. No geral, estou satisfeito(a) com a unidade de saúde e com o serviço que presta.	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
31. Em termos de personalidade considero-me uma pessoa (Indique o seu grau de concordância numa escala de 1 a 5):						
31.1 Simpática;	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
31.2 Calorosa;	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
31.3 Agradável	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
31.4 Cooperante;	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		
31.5 Conversadora;	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		

31.6 Extrovertida;

31.7 Ousada;

31.8 Energética.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

32. Indique por favor a sua idade:

<input type="checkbox"/>	< 20 anos
<input type="checkbox"/>	21 a 30 anos
<input type="checkbox"/>	31 a 40 anos
<input type="checkbox"/>	> 40 anos

33. Indique por favor o seu nível de habilitações literárias:

<input type="checkbox"/>	Ensino básico
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 4- Análise de Dados – Média e Desvio-padrão

	No.	Missing	Mean	Median	Min	Max	Standard Devia...	Excess Kurtosis	Skewness
AGRADAVEL_3	33	0	4.549	5.000	3.000	5.000	0.580	-0.194	-0.883
AMBIENTE_1	1	0	4.673	5.000	3.000	5.000	0.523	0.725	-1.299
AMBIENTE_2	4	0	4.469	5.000	3.000	5.000	0.705	-0.380	-0.964
AMBIENTE_3	6	0	4.283	5.000	2.000	5.000	0.857	-0.756	-0.756
AMBIENTE_4	9	0	4.531	5.000	3.000	5.000	0.625	-0.039	-1.000
AMBIENTE_5	17	0	4.434	5.000	3.000	5.000	0.677	-0.506	-0.797
CALOROSA_2	32	0	4.292	4.000	2.000	5.000	0.725	-0.322	-0.655
COMPETENCI...	3	0	4.699	5.000	3.000	5.000	0.478	-0.122	-1.125
COMPETENCI...	10	0	4.752	5.000	4.000	5.000	0.432	-0.609	-1.184
COMPETENCI...	13	0	4.681	5.000	3.000	5.000	0.502	0.358	-1.207
COMPETENCI...	16	0	4.717	5.000	4.000	5.000	0.451	-1.068	-0.975
COMPORT_1	26	0	4.664	5.000	2.000	5.000	0.542	3.921	-1.699
COMPORT_2	27	0	4.699	5.000	4.000	5.000	0.459	-1.248	-0.880
COMPORT_3	28	0	4.637	5.000	3.000	5.000	0.596	1.036	-1.438
COMPORT_4	29	0	4.690	5.000	3.000	5.000	0.481	-0.253	-1.074
COMUNICACA...	12	0	4.540	5.000	3.000	5.000	0.666	0.105	-1.151
COMUNICACA...	15	0	4.681	5.000	3.000	5.000	0.502	0.358	-1.207
COMUNICACA...	22	0	4.575	5.000	2.000	5.000	0.676	1.568	-1.498
COMUNICACA...	23	0	4.602	5.000	2.000	5.000	0.603	2.413	-1.505
CONVERSADO...	35	0	4.186	4.000	2.000	5.000	0.815	-0.040	-0.755
COOPERANTE_4	34	0	4.619	5.000	3.000	5.000	0.537	-0.019	-1.012
ENERGETICA_8	38	0	4.239	4.000	2.000	5.000	0.844	-0.153	-0.839
EXTROVERTIDA...	36	0	4.044	4.000	2.000	5.000	0.886	-0.570	-0.551
INTERACAO_2	5	0	4.513	5.000	3.000	5.000	0.640	-0.123	-0.976
INTERACAO_3	7	0	4.628	5.000	3.000	5.000	0.519	-0.347	-0.920
INTERACAO_4	8	0	4.381	5.000	1.000	5.000	0.813	1.288	-1.210
INTERACAO_5	19	0	4.593	5.000	3.000	5.000	0.526	-0.670	-0.751
INTERAÇÃO_1	2	0	4.628	5.000	3.000	5.000	0.535	0.085	-1.057
OUSADA_7	37	0	3.204	3.000	1.000	5.000	1.090	-0.581	-0.207
QUALIDADE_1	11	0	4.389	4.000	3.000	5.000	0.630	-0.612	-0.541
QUALIDADE 2	18	0	4.451	4.000	3.000	5.000	0.580	-0.673	-0.498
QUALIDADE_3	24	0	4.319	4.000	3.000	5.000	0.669	-0.750	-0.478
QUALIDADE_5	25	0	4.398	4.000	3.000	5.000	0.645	-0.596	-0.613
SATISFACAO_1	14	1	4.491	5.000	2.000	5.000	0.612	1.239	-1.030
SATISFACAO_2	20	0	4.690	5.000	3.000	5.000	0.481	-0.253	-1.074
SATISFACAO_3	21	0	4.540	5.000	3.000	5.000	0.580	-0.258	-0.845
SATISFACAO_4	30	0	4.717	5.000	3.000	5.000	0.470	0.174	-1.233
SIMPATICA_1	31	0	4.593	5.000	3.000	5.000	0.559	-0.005	-0.992

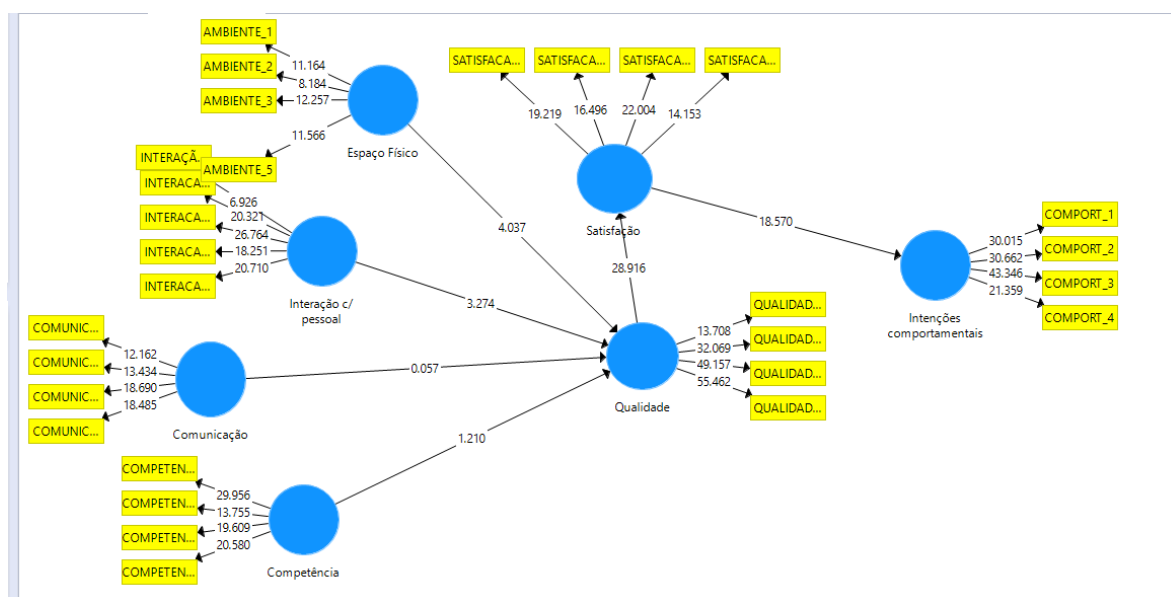
Fonte: SmartPLS

Anexo 5 – Análise de Dados – Peso Fatorial

	Original Sampl...	Sample Mean (...)	Standard Devia...	T Statistics (O...	P Values
AMBIENTE_1 <...	0.669	0.674	0.064	10.464	0.000
AMBIENTE_2 <...	0.674	0.667	0.085	7.898	0.000
AMBIENTE_3 <...	0.729	0.721	0.063	11.668	0.000
AMBIENTE_5 <...	0.749	0.749	0.064	11.627	0.000
COMPETENCI...	0.871	0.871	0.031	27.706	0.000
COMPETENCI...	0.776	0.774	0.059	13.170	0.000
COMPETENCI...	0.797	0.798	0.037	21.565	0.000
COMPETENCI...	0.839	0.837	0.045	18.801	0.000
COMPORT_1 <...	0.886	0.886	0.030	29.777	0.000
COMPORT_2 <...	0.885	0.889	0.028	31.850	0.000
COMPORT_3 <...	0.914	0.914	0.021	43.401	0.000
COMPORT_4 <...	0.857	0.852	0.039	21.740	0.000
COMUNICACA...	0.751	0.749	0.068	11.063	0.000
COMUNICACA...	0.774	0.772	0.058	13.433	0.000
COMUNICACA...	0.780	0.782	0.042	18.374	0.000
COMUNICACA...	0.822	0.819	0.043	18.928	0.000
INTERACAO_2 ...	0.804	0.801	0.042	19.066	0.000
INTERACAO_3 ...	0.831	0.833	0.031	26.565	0.000
INTERACAO_4 ...	0.776	0.774	0.045	17.295	0.000
INTERACAO_5 ...	0.811	0.811	0.042	19.294	0.000
INTERAÇÃO_1 ...	0.606	0.608	0.090	6.763	0.000
QUALIDADE_1 ...	0.743	0.743	0.058	12.764	0.000
QUALIDADE_2 ...	0.861	0.862	0.025	34.937	0.000
QUALIDADE_3 ...	0.914	0.912	0.019	47.331	0.000
QUALIDADE_5 ...	0.914	0.914	0.017	52.567	0.000
SATISFACAO_1 ...	0.775	0.775	0.043	18.048	0.000
SATISFACAO_2 ...	0.810	0.810	0.045	18.193	0.000
SATISFACAO_3 ...	0.827	0.824	0.038	21.986	0.000
SATISFACAO_4 ...	0.778	0.785	0.052	15.001	0.000

Fonte:SmartPLS

Anexo 6 – Análise de Dados- T-Value



Fonte: SmartPLS

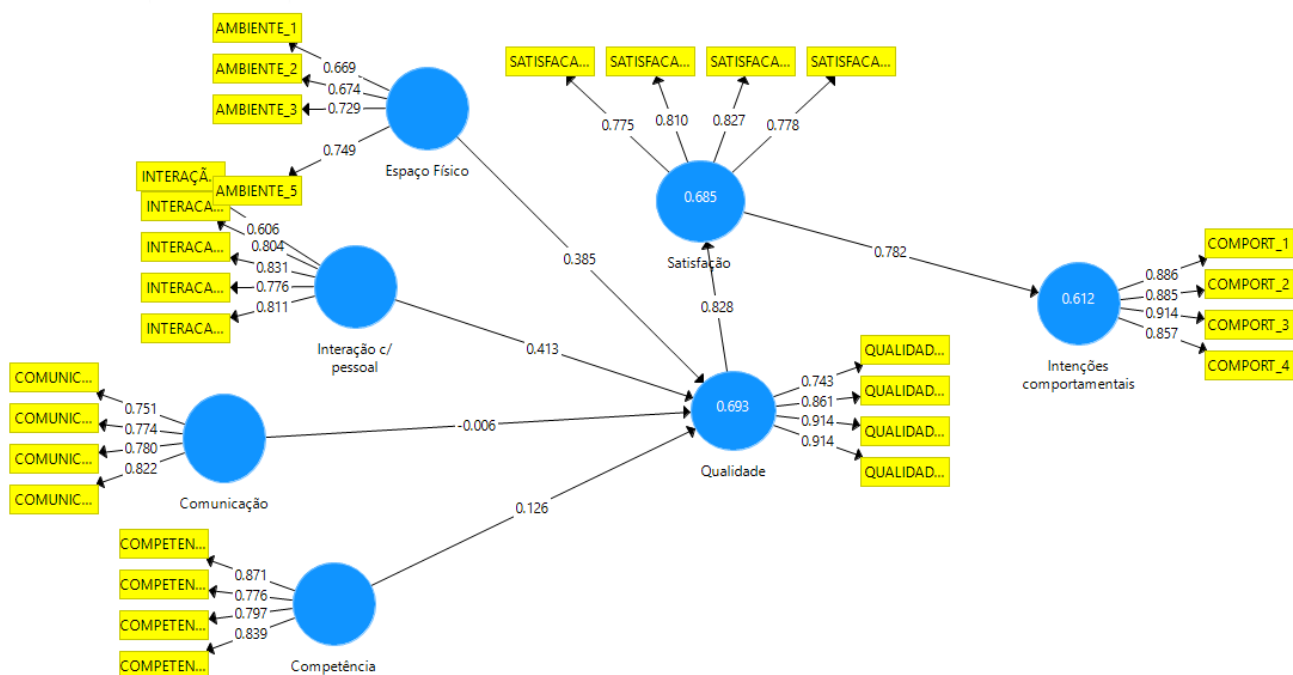
Anexo 7 – Análise de Dados – Alfa de Cronbach

	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
Competência	0,839	0,846	0,892	0,675
Comunicação	0,788	0,790	0,863	0,611
Espaço Físico	0,666	0,668	0,799	0,499
Intenções comportamentais	0,908	0,909	0,936	0,784
Interação c/ pessoal	0,825	0,840	0,878	0,593
Qualidade	0,881	0,887	0,919	0,741
Satisfação	0,810	0,812	0,875	0,637

Fonte: SmartPLS

Anexo 8 - Resultados da Estimação via Bootstrapping – Output SmartPLS

	Original Sampl...	Sample Mean (...)	Standard Devia...	T Statistics (O...	P Values
Competência -...	0.126	0.116	0.104	1.210	0.227
Comunicação ...	-0.006	0.002	0.099	0.057	0.954
Espaço Físico -...	0.385	0.377	0.095	4.037	0.000
Interação c/ pe...	0.413	0.425	0.126	3.274	0.001
Qualidade -> S...	0.828	0.830	0.029	28.916	0.000
Satisfação -> I...	0.782	0.788	0.042	18.570	0.000



Anexo 9 – Análise Multigrupo – Afabilidade e Extroversão

Bootstrapping Afabilidade

Bootstrapping Results		Confidence Intervals (Bias Corrected)	PLS-MGA	Parametric Test	Welch-Satterthwait Test
	Path Coefficients	Original (MUITO AFÁVEL ...)	Path Coefficients	Original (POUCO AFÁV...	
Competencia pessoal prestador se serviço -> Q...		0.123		0.060	
Comunicação -> Qualidade		-0.053		0.117	
Espaço Físico -> Qualidade		0.439		0.238	
Interação c/ pessoal prestador de serviço -> Qu...		0.393		0.552	
Qualidade -> Satisfação		0.812		0.831	
Satisfação -> Intenções comportamentais		0.759		0.738	

Parametric test Afabilidade

Bootstrapping Results		Confidence Intervals (Bias Corrected)	PLS-MGA	Parametric Test	Welch-Satterthwait Test	Copy to Clipboard:	Excel Format	R Format
	Path Coefficients-diff (MUITO AFÁVEL ...)	t-Value(MUITO AFÁVEL (1.0) vs POUCO AF...	p-Value(MUITO AFÁVEL (1.0) vs POUCO AFÁ...					
Espaço Físico -> Qualidade	0.201	1.059	0.292					
Comunicação -> Qualidade	0.170	0.730	0.467					
Interação c/ pessoal prestador de serviço -> Qualidade	0.159	0.578	0.565					
Competencia pessoal prestador se serviço -> Qualidade	0.063	0.263	0.793					
Satisfação -> Intenções comportamentais	0.021	0.193	0.847					
Qualidade -> Satisfação	0.019	0.238	0.812					

Bootstrapping Extroversão

Bootstrapping Results		Confidence Intervals (Bias Corrected)	PLS-MGA	Parametric Test	Welch-Satter
	Path Coefficients	Original (MUITO EXTROV...	Path Coefficients	Original (POUCO EXTROVER...	
Competencia pessoal presta...	0.195	0.059			
Comunicação -> Qualidade	-0.019	0.008			
Espaço Físico -> Qualidade	0.697	0.207			
Interação c/ pessoal prestad...	0.079	0.628			
Qualidade -> Satisfação	0.741	0.851			
Satisfação -> Intenções co...	0.572	0.799			

Parametric Test Extroversão

<div> <div>Bootstrapping Results</div> <div>Confidence Intervals (Bias Corrected)</div> <div>PLS-MGA</div> <div>Parametric Test</div> <div>Welch-Satterthwait Test</div> </div>				Copy to Clipboard:	Excel Format	R Format
	Path Coefficients-diff (MUITO EXTROVER...	t-Value(MUITO EXTROVERTIDA (1.0) vs PO...	p-Value(MUITO EXTROVERTIDA (1.0) vs POUCO E...			
Competencia pessoal prestador se serviço -> Qual...	0.136	0.681	0.497			
Comunicação -> Qualidade	0.026	0.132	0.895			
Espaço Físico -> Qualidade	0.490	3.056	0.003			
Interação c/ pessoal prestador de serviço -> Quali...	0.550	2.545	0.012			
Qualidade -> Satisfação	0.110	1.483	0.141			
Satisfação -> Intenções comportamentais	0.227	1.735	0.086			

Fonte: SmartPLS